

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

77

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 décembre 1896 à 1 heure

PAR

Henry MENDY

Né à Epinal le 3 Septembre 1870

DE LA VALEUR COMPARÉE

DE

L'EXPECTATION ARMÉE

ET

DE LA LAPAROTOMIE

DANS LES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

PAR COUP DE PIED DE CHEVAL

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } PINARD, professeur.
 } BONNAIRE et BROCA, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N° 77

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 décembre 1896 à 1 heure

PAR

Henry MENDY

Né à Epinal le 3 Septembre 1870

DE LA VALEUR COMPARÉE

DE

L'EXPECTATION ARMÉE

ET

DE LA LAPAROTOMIE

DANS LES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

PAR COUP DE PIED DE CHEVAL

Président: M. TILLAUX, professeur.

*Juges: MM. } PINARD, professeur.
BONNAIRE et BROCA, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Phatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DU VAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ N.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE CAPITAINE MENDY

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE G. GEBHART

A MON ONCLE LE PROFESSEUR BURCKER

Professeur de Chimie à l'École du Val-de-Grâce.

Pharmacien principal de l'Armée

Docteur ès-Sciences

Officier de la Légion d'Honneur.

A MES AMIS

A MON MAITRE : LE PROFESSEUR DELORME

Professeur de Chirurgie de Guerre à l'École du Val-de-Grâce.

Médecin principal de l'Armée.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A M. LE PROFESSEUR MATHIAS DUVAL

Professeur d'Histologie à la Faculté de Médecine,

Membre de l'Académie de Médecine,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Charité,

Membre de l'Académie de Médecine,

Commandeur de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION.

L'idée de cette thèse nous a été inspirée par M. le médecin principal Delorme, professeur de chirurgie de guerre à l'École d'application du Val de Grâce. Il nous en a donné les éléments en nous confiant son riche recueil d'observations inédites qui forment la base de notre travail et en nous faisant largement bénéficier de sa grande expérience de la question.

Ce sujet des « CONTUSIONS DE L'ABDOMEN » nous a vivement intéressé, et nous espérons n'avoir pas été trop au-dessous de notre tâche, en le traitant. Nous n'avons pu d'ailleurs, nous défendre d'un réel regret en le voyant toucher à sa fin, car nous perdions en même temps, les leçons presque journalières d'un excellent maître dont les conseils nous ont été extrêmement précieux.

Nous assurons M. le professeur Delorme de notre vive gratitude, et nous nous efforcerons toujours de mériter sa haute bienveillance.

Mais avant d'exposer notre plan, nous devons quelques explications à ceux qui voudront bien nous lire : si nous nous sommes bornés aux traumatismes par coup de pied et par coup de jarret de cheval ou de mulet, nous avons pensé que notre sujet y gagnerait en netteté, et qu'il nous serait possible de présenter un tableau plus complet et plus instructif de la question. Les contusions

par coup de pied de cheval sont d'ailleurs très fréquentes dans l'armée, et en ce moment, où le sujet est en quelque sorte à l'ordre du jour, nous nous estimerons satisfaits, si nous sommes parvenus à élucider un point de la question. Nous espérons donc, que tel qu'il est notre travail sera le bienvenu.

Notre thèse comprend deux parties bien distinctes. La première est ainsi divisée :

Chapitre I. *Historique.*

Chapitre II. *Etiologie.*

Chapitre III. *Mécanisme, anatomie pathologique.*

Chapitre IV. *Symptomatologie.*

Chapitre V. *Diagnostic.*

Chapitre VI. *Traitement.*

Dans ces chapitres nous aurons surtout en vue les lésions de l'intestin qui intéressent tout particulièrement le chirurgien, et nous nous efforcerons de montrer combien la symptomatologie de ces lésions est fruste et combien le diagnostic en est difficile. Nous défendrons enfin dans le chapitre VI nos idées en faveur de *l'expectation armée*

La lecture de la seconde partie présentera pensons-nous quelque intérêt. Nous apportons, en effet, un grand nombre d'observations inédites. et nous avons été assez heureux pour réunir en tout 289 cas des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, nous sera-t-il permis de dire que notre tâche a été longue et parfois pénible : telle de nos observations nous a demandé des journées entières de recherches, car nous avons toujours voulu remonter jusqu'aux sources. Nous

avons pu ainsi recueillir quelques cas nouveaux qui avaient échappé à nos devanciers, et d'autre part, en laisser dans l'ombre qui ne se rapportaient pas au coup de pied de cheval.

La lecture des nombreux mémoires anglais et allemands nous était indispensable, et pour qui en connaît la longueur, on se rendra facilement compte du temps que nous y avons consacré. Nous ne saurions le regretter puisque la plupart des observations allemandes que nous rapportons, n'avaient été que très résumées ou non publiées avant nous. Certaines de nos observations pourront paraître longues, mais nous estimons qu'à les trop résumer, elles auraient beaucoup perdu de leur valeur, et ceux que la question intéresse peuvent les consulter en toute confiance.

A côté des observations inédites que nous tenons de M. le Professeur Delorme, notre moisson s'est beaucoup enrichie, grâce aux médecins de l'armée qui ont répondu à notre appel avec un empressement dont nous leur sommes très-reconnaissants. Nous les remercions vivement de leurs communications écrites ou orales si intéressantes et nous ne saurions oublier les noms de MM. les médecins-inspecteurs Mathieu et Dieu ; de MM. les médecins principaux Ferron, Delahousse, Rouflay, Boppe, Guillemain, Jeanmaire, Labrevoit, Poignan, Jeunhomme et Moty ; de MM. les médecins-majors Yvert, Sieur, Hassler, Colnenne, Rif, Ferraton et Rioblanc.

Voici comment nous avons groupé nos observations.

I. LAPAROTOMIE. — MORT (25 cas)

II. LAPAROTOMIE. — GUÉRISON (10 cas)

III. EXPECTATION. — MORT (76 cas)

A. LÉSIONS DE L'INTESTIN GRÊLE :

- 1° *Sans point fixe déterminé,*
- 2° *Déchirures du duodénum,*
- 3° *Déchirures du jéjunum,*
- 4° *Déchirures de l'iléon,*
- 5° *Déchirures multiples de l'intestin grêle.*

(Nous avons fait suivre ces observations d'un tableau récapitulatif).

B. LÉSIONS DU GROS INTESTIN :

- 1° *Déchirures communes au gros intestin et à l'intestin grêle.*
- 2° *Déchirures du Cæcum.*
- 3° *Déchirures de l'S iliaque.*

C. LÉSIONS DES VISCÈRES :

- 1° *les reins*
- 2° *le foie*
- 3° *la vessie*
- 4° *la rate.*
- 5° *le pancréas.*

D. PÉRITONITE SANS PERFORATION APPRÉCIABLE.

E. Suivent enfin quelques cas de *morts sans autopsie* toujours par l'expectation) que nous avons fait, néanmoins, entrer dans notre statistique.

IV. EXPECTATION. — GUÉRISON (178 cas).

(Nous faisons suivre ce quatrième chapitre de différentes statistiques et enfin de nos conclusions.)

Mais nous ne saurions entrer dans notre travail sans nous acquitter de nos nombreuses dettes de reconnais-

sance : notre excellent ami *Georges Küss*, interne des hôpitaux a guidé nos premiers pas au lit du malade. Il sait combien nous lui avons gré de nous avoir toujours fait profiter de son expérience déjà longue et de ses connaissances approfondies en clinique, qui le distinguent parmi tant d'autres.

Nous avons trouvé en M. le docteur *Cuffer*, médecin de l'hôpital Necker, un maître bienveillant, affable par excellence, et entouré par tous ses élèves d'une respectueuse affection. Il a bien voulu s'intéresser tout particulièrement à nous durant notre année de stage : nous lui en sommes très reconnaissant. Nous ne saurions jamais oublier ses brillantes leçons au lit du malade « *sur les affections cardiaques et rénales* », elles resteront profondément gravées dans notre mémoire.

M. le professeur, agrégé *Reclus*, chirurgien de la Pitié, est un des maîtres qui nous a le plus séduit. En voulant bien nous remarquer parmi tant d'élèves qui se pressent à sa clinique, il nous a fait un grand honneur, et nous lui en avons une vive gratitude. Ces matinées d'hôpital, où chacun de nous prenait tour-à-tour la parole, nous ont toujours paru trop courtes ; la belle éloquence du Maître nous les rendait si agréables qu'une leçon perdue nous était très douloureuse, et notre émotion fut grande quand nous avons appris sa maladie heureusement passagère ! Nous remercions ce cher Maître, de son précieux enseignement.

Nous gardons de notre passage à la « *Clinique Baudelocque* » le souvenir d'une clinique modèle. Nous sommes redevable à M. le professeur *Pinard* de nos connaissances en obstétrique : avec un tel maître les progrès

ne peuvent être que rapides, nous le prions d'agréer nos meilleurs remerciements.

M. le professeur *Mathias-Duval* nous a fait le grand honneur de s'intéresser à nos études. Nous assurons de notre respectueuse gratitude ce Maître, aimé de tous, et dont nous avons toujours été l'auditeur assidu. Ses leçons restent pour nous des modèles de clarté scientifique. L'intérêt n'y languit jamais et nous conservons précieusement son cours si brillant sur « *l'histologie du système nerveux* » qui lui valut tant d'applaudissements.

Durant notre service militaire à l'École d'application du Val-de-Grâce, nous avons été assez heureux pour entrer dans le laboratoire de notre cher oncle le professeur *Bürcker*. Nous avons pu ainsi sous sa haute et bienveillante direction, être initié aux délicates analyses de la chimie biologique. Il nous a toujours facilité l'étude, et par son entier dévouement, en toutes circonstances, il s'est assuré à jamais notre affectueuse reconnaissance.

Il nous reste enfin le plus doux des devoirs : c'est de remercier de tout cœur notre excellent oncle *Georges Gebhart* de la profonde affection qu'il nous a toujours témoignée. Dans les circonstances particulièrement douloureuses de ces dernières années, il ne nous a jamais fait défaut. Nous avons trouvé en lui un protecteur d'une inépuisable bonté, et en lui faisant hommage de notre modeste travail nous ne lui donnons qu'un faible gage de notre vive gratitude.

Nous n'aurions garde d'oublier aussi, à côté d'autres sympathies dont nous nous honorons, les fidèles amis qui ont été en même temps nos compagnons de travail, et dont la sérieuse amitié nous est d'un si grand prix.

Que M. le professeur *Tillaux* veuille bien agréer nos remerciements les plus respectueux pour l'excellent accueil que nous avons trouvé auprès de lui, et pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Sans vouloir remonter à *Celse* qui, après *Hippocrate*, écrivait : « *Si tenuius intestinum perforatum est, nihil profici posse, jam retuli* » (1), on ne saurait passer sous silence le nom de *Morgagni*, qui, dans son traité « *de sedibus et causis morborum* », consacre une longue lettre, « sur les blessures et contusions de l'abdomen. » (2) Ces contusions sont de causes variées, mais *Morgagni* cite le coup de pied de cheval comme une des plus fréquentes, et il rapporte plusieurs observations suivies d'autopsies, les unes venant de *Valsalva*, les autres personnelles. Il étudie minutieusement tous les organes lésés, les compare au point de vue de la gravité du traumatisme, et frappé de l'intégrité fréquente de la paroi abdominale, même après un choc violent, il s'explique ce fait en disant : « qu'il arrive aux téguments naturels du corps ce qu'on observe sur les vêtements qui, dans quelques cas, restent intacts à la suite d'un coup, tandis que le corps placé au dessous d'eux est blessé. » (loc. cit. p. 327.)

Il faut arriver à *J. Larrey* (3) pour retrouver quelques

(1) CELSE. *De re medica* L. VII. C. XVI, p. 405.

(2) MORGAGNI, *De sedib. et causis morb.* lettre 54, p. 314 tr. fr. Paris 1838.

3) LARREY. *Cl. chir.* T. 2. p. 470. Paris 1829

pages consacrées aux contusions de l'abdomen. Larrey recommande de faire observer au blessé « un repos parfait, en le mettant dans une position favorable, les cuisses et les jambes fléchies ». Il préconise les boissons glacées, une diète rigoureuse, la saignée locale, les applications de glace sur le ventre, et il rapporte qu'il obtint plusieurs guérisons « en enveloppant promptement, à la façon des Esquimaux, tout le tronc du malade, dans la peau « bouillante ou fumante d'un mouton qu'on aura écorché tout vivant ».

Il semble donc bien difficile, comme il a été fait, de reconnaître en Larrey un des premiers partisans de l'intervention, bien qu'il ait conseillé, (après d'autres chirurgiens (1), « l'ouverture du bas-ventre dans l'étendue d'environ un demi-pouce, lorsqu'il se produit à la suite « d'une contusion violente, un épanchement de liquide séro-sanguin dans l'abdomen ».

La même année (1829) parût : « le Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal » de *Jobert de Lamballe*, et s'il croit, (comme ses expériences sur les chiens le lui avaient bien démontré), à la cicatrisation possible des plaies de l'intestin, c'est lui qui, le premier, parle nettement de l'intervention. « La position et le repos, écrit-il, « sont surtout d'une haute importance pour favoriser la « réunion aux dépens des parties environnantes, les mouvements peuvent détruire les adhérences qui s'établissent, et *Ambroise Paré* insiste sur la position. Mais « cependant dans les cas où les accidents feraient des

(1) LE VACHER. DARGEAT. J. L. PETIT (fils) cf à ce sujet : DELORME.
Chir. de guerre. T. I. p. 99

« progrès, où les jours du malade seraient en danger, « faudrait-il, comme le conseille Brayer, mettre l'intestin « à découvert et employer les moyens chirurgicaux ? ».

« Je le pense, surtout, si le cas étant désespéré, on « avait le moindre soupçon du siège de la plaie ». (loc. « cit. p. 71).

Mais cet appel resta, semble-t-il sans écho, car ni *Pénasse*, dans sa thèse inaugurale (Paris 1831), ni *Velpeau*, dans sa thèse de concours (1833), ne font la moindre allusion à la suture intestinale proposée par Jobert.

C'est seulement en 1844, dans une leçon faite par *Baudens* (1) à l'école du Val-de-grâce, sur une péritonite traumatique avec perforation de l'intestin, que l'on retrouve une nouvelle indication de l'intervention : « Puisque, dit-
« il, la mort est la terminaison nécessaire des blessures
« de ce genre, pourquoi au lieu de s'en tenir à des remè-
« des presque inutiles, pourquoi ne pas aller à la recher-
« che de l'intestin lésé, en incisant les parois abdomi-
« nales dans le point correspondant à celui où l'on *pré-*
« *sume* qu'existe la perforation ? C'est une opération très
« grave, ajoute-t-il plus loin, mais elle est la seule
« chance de salut pour le blessé ! »

Néanmoins, malgré une affirmation aussi formelle, le professeur du Val-de-Grâce, craignant de passer pour trop hardi, renonça à l'opération. Il avait d'ailleurs maintes fois vérifié ce fait, que — à la suite des plaies de l'intestin — si le blessé peut garder un repos absolu, ne faire aucun mouvement pour ne pas déranger les surfaces qui sont en contact, un travail d'adhérences, com-

(1) 1844. *Gazette des Hôpitaux*, p. 137.

menne immédiatement : « *Il est déjà très avancé au bout de 12 heures, dit-il (1), et lorsque l'épanchement n'a pas eu lieu après les deux premiers jours, il ne se produira pas, à moins de circonstances extraordinaires.* »

Le très important mémoire de Poland « *Contusions of the abdomen* », paru en 1858 dans le *Guy's Hospital Reports*, est le premier essai d'étude un peu détaillée qui ait été fait sur la question. On y trouve — rangées suivant l'organe lésé — un résumé de la plupart des cas publiés jusqu'alors, mais surtout en Angleterre. Le traitement indiqué par l'auteur est purement médical, et il n'est pas question d'intervention. Les symptômes sont, il est vrai, plutôt énumérés que discutés, mais, tel qu'il est, ce travail nous a été fort utile, et toutes les observations ayant trait à notre sujet, ont été traduites. Malheureusement, — sauf un seul cas donné comme exemple du succès obtenu par la diète et l'opium, — Poland ne cite que les observations suivies de mort : de telle sorte, qu'il est bien difficile de se faire une idée de la léthalité à cette époque.

En France, malgré quelques rares observations éparses dans les *Bulletins de la société anatomique*, dans les *Archives de Médecine militaire* (Cf. *Index Bibliographique*) et dans la thèse de *Chauveau* (2), la question semblait peu préoccuper les esprits, lorsqu'elle fut reprise en 1875 par *Maurice Longuet* (3). S'appuyant sur de nombreuses expériences, Longuet démontra — devant la Société anatomique — que, dans les contusions de l'abdomen la dé-

(1) *Clin. des pl. armes à feu*. Paris, 1836, p. 321.

(2) Paris, 1869.

(3) *Bull. S. an.* 1875, p. 799.

chirurgie ne se produisait pas toujours par *éclatement*, comme certains auteurs le pensaient, mais qu'elle était dûe, dans la majorité des cas, au *pincement* du canal intestinal entre le corps contondant et la colonne vertébrale. Dans cette même séance, il proposa de nouveau, l'intervention chirurgicale qui paraissait oubliée : « toutes les
« fois, dit-il, qu'un blessé aura été violemment contus
« dans la région abdominale moyenne, sans lésion de la
« paroi, et que des symptômes très graves de péritonite se
« montreront rapidement, (dans les 24 heures par exemple)
« il y aurait lieu de pratiquer une opération chirurgicale
« qui consisterait à aller à la recherche d'un intestin *pro-*
« *bablement* rompu, d'en faire la suture, et de débarras-
« ser le péritoine des corps étrangers épanchés ».

Ce sujet, encore neuf, « des ruptures traumatiques de l'intestin sans lésion des parois abdominales » fut alors largement exploité et si nous devons parler pour mémoire des thèses de Faurot, de Parsavant, de Fesq, de Véret et de Mugnier (1), nous avons trouvé en revanche dans les thèses d'Aurégan, de Villemin, d'Inschauspé, de Monnier, de Lecomte, de Dumex et de Druillet, quelques observations intéressantes où les blessés guérirent par la seule expectation, malgré la gravité du traumatisme et des symptômes.

En Allemagne, le chirurgien militaire *Beck* entreprend, de 1879 à 1884, la publication d'une série d'observations très-détaillées sur les contusions de l'abdomen principalement par C. P. C. (2). Si quelques-uns de ses cas suivis

(1) Cf. Index bibliogr.

(2) Nous adopterons dorénavant cette abréviation pour rendre plus rapide la lecture du texte.

de mort, sont classiques, nous ne croyons pas qu'avant nous, traduction ait été donnée des guérisons par l'expectation et l'immobilisation immédiate, qui valurent à Beck de très beaux succès.

Malgré les progrès rapides de la méthode antiseptique les chirurgiens français et étrangers en présence d'une symptomatologie très fruste, et craignant de passer pour trop hardis, se bornaient au traitement médical, ou du moins ne publiaient pas encore leurs tentatives (1), lorsqu'en 1883, M. le professeur agrégé *Bouilly* entreprit la première laparotomie à la suite d'une contusion de l'abdomen, précisément par C. P. C.

On ne lira pas sans intérêt dans les Bulletins de la Société de chirurgie (2) le savant compte-rendu que M. le professeur *Berger* fit de cette observation devenue classique. On se souvient, en effet, qu'après résection de la partie lésée, et suture de l'intestin, le blessé se trouvait en parfait état, quand au dixième jour, il fut emporté par une péritonite suraiguë. Avec une honnêteté scientifique, qui lui valut les félicitations de tous ses collègues, M. Bouilly déclara qu'il attribuait cet accident : « à une alimentation trop abondante du blessé, et peut-être aussi, à une exploration inopportune de la plaie », exploration digitale, pratiquée le matin même du décès.

A une époque où le manuel opératoire des sutures intestinales était encore incertain, cette intervention restait néanmoins un succès très honorable et pour l'auteur, et pour la chirurgie française. Dès lors, la question entre

(1) Cf. Congrès français de chirurgie 1885, p. 274 (Communication de M. Demons.)

(2) *Bull. S. de chir.* 1883, p. 690.

dans une phase nouvelle, et l'année suivante (1884) dans un travail fort remarquable, M. Chavasse, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce, donne un tableau des symptômes, à la fois très complet et très observé. Il vérifie, en outre, les expériences de Longuet, sur le mécanisme des ruptures de l'intestin, et repousse comme lui la théorie de l'*éclatement*. Dans ses conclusions, renouvelées d'ailleurs au premier Congrès français de chirurgie (avril 1885), M. Chavasse, se déclare partisan de la laparotomie, effrayé, à juste titre, par l'épouvantable mortalité que lui donnait sa statistique, où, pour les seuls C. P. C. sur 36 cas traités par l'expectation il faut compter 35 morts et une seule guérison qui lui est personnelle.

La laparotomie immédiate « *avant le développement de la peritonite* », sembla dès ce moment le traitement de choix, mais les difficultés survinrent lorsqu'il fallut préciser ses indications, et à ce même Congrès, M. Bouilly faisait judicieusement observer, qu'aucun des signes donnés jusqu'alors, n'ayant pas une valeur suffisante pour faire diagnostiquer le siège et la nature de la lésion profonde, on n'était pas autorisé à opérer hâtivement : « nous serions exposés, dit-il, à ouvrir le ventre dans des conditions qui *n'indiquent pas l'intervention chirurgicale* (1). » Toutefois, comme M. Chavasse, il conseille la laparotomie exploratrice dans les cas douteux, sauf contre-indication formelle.

Désormais, la question de l'intervention dans les contusions de l'abdomen était donc définitivement posée, et

(1) *Congr. fr. de Chir.* 1885, p. 272.

d'importants travaux se succédèrent rapidement en France où la sagacité des chirurgiens s'efforça de dégager du sujet une symptomatologie plus nette, des indications opératoires plus précises, et de justifier la bénignité de la laparotomie exploratrice.

On était, en effet, resté divisé sur ce point, et M. le docteur Michaux fût un de ses défenseurs de la première heure : « que si la laparotomie exploratrice ne révélait pas de lésions graves, écrit-il, on n'aurait *qu'à* *refermer le ventre*, estimant qu'avec toutes les précautions prises, on n'aurait pas augmenté *sensiblement* le danger couru par le blessé » (1). Trois ans plus tard, en 1890, dans une étude très documentée, en faveur de *l'abstention dans les perforations traumatiques de l'intestin par armes de guerre*, un de nos maîtres, M. le professeur agrégé Reclus exprimant sa pensée, sur les contusions de l'abdomen par C. P. C. se montre très radical : « Nous n'attendrions pas, dit-il, pour agir, les symptômes d'une inflammation ; sur la seule existence d'un coup de pied de cheval, lancé à toute volée et reçu en plein ventre, *nous proposerions la laparotomie*, d'autant qu'ici, il n'est point besoin de recherches très minutieuses » (2).

Le premier cas publié de guérison, à la suite de laparotomie, venait d'ailleurs d'être obtenu cette même année 1890, par un médecin militaire, M. *Moty*, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Nous donnons plus loin le résumé de cette belle observation dans laquelle le traumatisme initial était un C. P. C. Elle fut l'occasion pour son

(1) *Gaz. des Hôpitaux*, 1887, p. 849.

(2) *Revue de Chirurgie*, 1890, p. 436.

auteur d'un travail plein d'intérêt, dans lequel M. Moty repoussait complètement la laparotomie exploratrice : « en cas de doute, dit-il, l'expectation et le traitement médical sont indiqués » (1). M. Moty faisait enfin observer que d'après les relevés de Beck et les siens, (déjà moins alarmants que ceux de M. Chavasse), les contusions abdominales par C. P. C. ne s'accompagnent de lésions graves de l'intestin que dans un tiers des cas, fait important qui, dans des travaux différents, amenait MM. Jalluier et Nimier à conseiller pour intervenir l'apparition des symptômes du début de la péritonite.

Mais cette pratique fut de nouveau condamnée successivement par le docteur Adler (th. Paris 1892) et par MM. Michaux et Boiffin au septième Congrès de Chirurgie (1893). En même temps, M. le docteur Sieur, dans un mémoire très original s'appuyant sur l'autorité de M. le professeur Terrier et, à l'étranger, sur celles de Mac. Cormac, de Mayo Robson, et de Croft, concluait : « que dans les cas où les symptômes initiaux jurent par leur bénignité avec la gravité du traumatisme, la petite incision exploratrice de Mayo Robson peut trouver son indication. »

Nous devons encore rappeler pour être complet les noms de MM. Wassilieff, Gross, Vautrin, Férier et Adam (2), qui, dans de savantes communications, insistaient sur les avantages et l'inocuité de la laparotomie d'emblée.

(1) *Revue de chirurgie*, 1890. — *Arch. méd. mil.* 1891 ; t. 17, p. 254.

(2) Cf. Index bibliogr.

Il faut bien dire cependant que l'on publiait déjà depuis quelques années, (surtout dans les Archives de médecine militaires) des observations de contusions graves de l'abdomen guéries sans l'intervention chirurgicale, et il faut ajouter que des maîtres comme M. le *professeur Tillaux*, dans son traité de chirurgie clinique, et M. le *professeur Delorme*, dans son traité de chirurgie de guerre, faisaient quelques réserves à propos du traitement par la seule laparotomie.

L'accord était donc loin d'être complet lorsque l'an dernier, à la Société de chirurgie (1), M. le docteur Michaux, dans un rapport très écouté, se fit de nouveau le défenseur de l'intervention aussi précoce que possible, dans le cas de contusions graves de l'abdomen. Après ces séances, où MM. *Delorme, Chaput, Routier, Kirmisson, Reynier, Reclus* et *Michaux* prirent tour à tour la parole, le débat ne fut pas tranché, et dans les thèses des docteurs Balladur et Gachon, thèses soutenues quelques mois plus tard, l'intervention chirurgicale est largement préconisée.

Tout récemment enfin, au Congrès de chirurgie (21 octobre 1896), M. *Demons* vient de reprendre le sujet, et de proposer sa mise à l'ordre du jour pour le prochain Congrès. Il a conclu pour les *cas douteux* à la laparotomie précoce, à laquelle MM. Michaux et Reclus se sont rangés, tandis que M. Guinard a déclaré se borner à une petite boutonnière exploratrice, de deux centimètres sur la ligne médiane au-dessus du pubis.

Après tant de voix autorisées, et avant que cette im-

(1) *Bull. Soc. chir.*, 1895, t. 21, p. 200.

portante question ne soit jugée en dernier ressort, si toutefois cela est possible, nous pensons avoir fait œuvre utile, en réunissant dans ce travail, un grand nombre d'observations inédites et surtout de *statistiques intégrales*. Nous espérons prouver ainsi que les résultats donnés jusqu'à ce jour doivent être rapportés, et que l'*expectation armée* compte à son actif des succès considérables,

Nous pensons enfin, avoir réalisé, dans la plus large mesure, le vœu de M. le docteur Réynier au cours de ces séances de la Société de chirurgie (1) : « *Ce qui nous sé-*
« *pare, disait-il, c'est la difficulté du diagnostic. Tra-*
« *vaillons donc plutôt ce diagnostic, apportons des obser-*
« *vations au point de vue des symptômes. et peut-être*
« *un jour, arriverons-nous à pouvoir préciser plus*
« *nettement les lésions si variables qui existent dans les*
« *contusions abdominales. Alors nous nous mettrons*
« *plus aisément d'accord sur le traitement qu'il convient*
« *de leur opposer.* »

(1) *Bull. S. de chir.*, 1893, p. 259.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Le coup de pied de cheval est généralement cité par les auteurs, comme une des causes les plus fréquentes de contusion violente de l'abdomen, suivie de lésions graves des viscères et particulièrement du tube digestif. Or, tandis que dans de nombreux cas, ces lésions peuvent se produire à la suite d'une *pression* plus ou moins considérable, ici, le traumatisme agit toujours par *percussion*.

Effectuée par un corps assez volumineux, le sabot, cette percussion s'exerce sur une surface relativement peu considérable de l'abdomen. Elle est brusque et rapide, souvent simple, parfois double, et le choc varie d'intensité suivant que le pied est ou non en extension complète. On admet aussi que, *perpendiculaire* à la paroi, son action est plus redoutable qu'*oblique* ou *parallèle*.

Ce genre de traumatisme se produit bien plus souvent dans l'armée que dans la pratique civile ; il atteint donc, dans la grande majorité des cas, des sujets jeunes et robustes susceptibles de mieux réagir que des hommes âgés, quelquefois porteurs de hernie, et chez qui, l'alcoolisme, les dégénérescences du foie, de la rate et des reins, les altérations pathologiques de l'intestin et de l'estomac, peuvent jouer le rôle de *causes déterminantes*.

Il nous paraît peu intéressant de renouveler dans ce

chapitre, les longues dissertations qui ont été faites par les auteurs sur le rôle de la *distension du tube digestif*, par des aliments, par des gaz, par des matières solides ou liquides. Malgré les expériences de Longuet, (*loc. cit*) pour qui : « la distension gazeuse en raison de l'élasticité « des gaz est une condition défavorable de rupture, tant « dis que la distension par des matières liquides la facilite », ce point reste encore en litige. On peut, en effet, objecter justement avec M. Chavasse, que : « ces expériences ont été faites sur des intestins disposés à terre, en dehors de toute cavité close, ce qui change complètement les conditions normales dans lesquelles se produisent les ruptures (1). »

On a beaucoup discuté aussi, à propos du *relâchement* ou de la *contraction* des muscles de la paroi abdominale, et certains auteurs admettent que si les muscles du ventre sont tendus et contractés, ils forment ainsi un plan solide et résistant, supportent le choc, et protègent les viscères. Ici encore les avis sont partagés, car, pour M. Moty (*loc. cit*) « dans un cas comme dans l'autre, mais surtout quand il y a *contraction*, le fer se coiffe de cette paroi comme d'un large coussin et vient frapper l'intestin comme un tampon. »

Nous ferons toutefois remarquer que cet état de tension n'est pas normal, c'est une défense qui se produit instinctivement, lorsque le sujet a pu prévoir le coup dont il était menacé, et quelquefois se dérober aussitôt.

Nous croyons donc qu'il est plus utile de savoir, si au moment du choc le sujet était libre de ses mouvements,

(1) CHAVASSE. *Arch. med. mil.* 1884, t. 4, p. 26.

« s'il était appuyé ou non sur un corps résistant » (M. Til-laux). Dans cette circonstance, la compression des viscères entre la colonne vertébrale et le sabot prend une telle gravité que la mort s'en suit à brève échéance. C'est, en effet, ce que l'on peut constater dans l'*observation 79* : le blessé, adossé au moment du choc contre un pilier en bois ne pût s'enfuir, il ne perdit cependant pas connaissance, mais environ quinze heures après il mourait dans le collapsus.

CHAPITRE III

MÉCANISME ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

« Il est peu de cadavres, dit Jobert, qui n'aient offert à l'autopsie, lorsque les parois de l'abdomen avaient été contuses, des ecchymoses plus ou moins étendues de l'intestin. » (loc. cit., p. 50 ; t. I). Mais, qu'il s'agisse de contusion légère, de déchirure, ou de rupture totale, toutes les parties du tube digestif, ne sont pas atteintes dans les mêmes proportions. On sait, en effet, que l'intestin grêle, par sa situation superficielle est plus souvent lésé que le gros intestin qui est abrité dans les flancs et dans les hypochondres. Le fait à été déjà constaté par Poland et par M. Chavasse, nos relevés le confirment de nouveau (1).

Nous rappellerons plus loin, à propos du mécanisme des ruptures, l'aspect le plus fréquent des lésions de l'intestin, nous ne nous attarderons donc pas à décrire en détails, tous les degrés de la contusion abdominale proprement dite : elle se manifeste soit par une simple ecchymose, soit par des épanchements sous-péritonéaux parfois considérables, soit par des déchirures épiploïques ou mésentériques, soit enfin par une désorganisation complète. Elle consiste le plus souvent en une attrition d'étendue variable des parois intestinales, attrition susceptible de

(1) Voir plus loin le tableau.

réparation dans ses premiers degrés, mais rapidement mortelle dans les cas de large déchirure ou de rupture totale (lorsqu'il n'y a pas eu formation d'abcès stercoral). Elle peut aussi, ce qui est plus rare, n'intéresser qu'une ou deux des tuniques intestinales, ou se révéler par des plaques de sphacèle. Celles-ci à la suite d'une alimentation trop hâtive, ou d'une imprudence quelconque, se détachent quelquefois et déterminent des perforations secondaires, suivies de péritonite suraiguë, mais plus souvent de péritonite localisée : des exsudats protecteurs s'organisant généralement autour de l'eschare avant sa chute.

On sait, depuis M. Moty, que la forme, la dimension et le nombre des déchirures intestinales, sont en rapport presque constant avec le *mécanisme de la déchirure*.

Les idées émises sur ce dernier point par *Strohl* et *Küss* (1) à la Société de Médecine de Strasbourg en 1848 sont quelque peu tombées dans l'oubli, et le mécanisme indiqué autrefois par M. le professeur Duplay (2) — compression de la paroi intestinale entre son contenu et le corps contondant — paraît être tout-à-fait exceptionnel. Aujourd'hui deux théories restent en présence, celle du *pincement viscéral*, et celle de l'*éclatement*. Elles trouvent leur vérification, dans la plupart de nos observations et nous devons nous y arrêter.

Entrevu par Jobert, Baudens, (loc. cit.) Forget (3) et Legouest (4) le *pincement de l'Intestin* entre la force

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg*. 1848.

(2) *Tr. de path. ext.* T. v. p. 677.

(3) *Gaz. Méd. de Strab.* 1848.

(4) *Traité de Chir. d'armée* p. 318.

vulnérante, qui est ici le pied du cheval, et la colonne vertébrale fut démontré expérimentalement par Longuet et M. Chavasse ; par ce mode d'action, la déchirure semble, dans certains cas, avoir été produite par un instrument tranchant : elle est *unique*, à bords nets, et comme taillés à l'emporte-pièce ; la muqueuse faisant souvent hernie, la cicatrisation s'établit, et il suffit d'un léger exsudat pour obturer la perte de substance. Ailleurs, les bords de l'intestin sont mâchés, contus, ecchymosés et les lésions se *superposent d'avant en arrière* sur les diverses anses qui ont été comprimées entre le sabot de l'animal et la paroi abdominale postérieure, c'est une notion importante à connaître pour le chirurgien, car elle implique une *éviscération complète* s'il ne veut pas s'exposer à de nombreux mécomptes. On comprend enfin, que par ce procédé, il puisse se produire, même avec un choc de moyenne intensité, soit une *section totale*, soit une rupture dans laquelle les deux bouts de l'intestin ne sont plus reliés que par un *mince pont de substance*.

Dans ces conditions, comme l'avait très-bien vu Jobert, par suite de la rétraction des fibres longitudinales, il y a saillie et renversement de la muqueuse et, d'après lui, « pendant la première demi-heure, il se produit un « resserrement très-fort de la tunique musculaire autour « du bourrelet muqueux. Cette contraction ne permet aucun épanchement, dit-il, mais plus tard elle cesse, l'intestin se dilate, le bourrelet disparaît, il y a alors issue « des matières fécales dans l'intérieur du ventre » (loc. cit. p. 59.)

Nous ajouterons pour compléter ce tableau que, dans beaucoup de nos observations, on signale à la hauteur

des lésions de l'intestin des traces de contusion sur la paroi abdominale antérieure, et quelquefois aussi, directement en arrière dans les tissus prévertébraux (obs. 42), dans le psoas, et simultanément sur les organes, reins ou rate, qui correspondent au point contus.

L'ancienne théorie de *l'éclatement*, repoussée par M. Chavasse, sauf pour certaines ruptures de l'estomac (dont nous n'avons pas une seule observation) a été très heureusement reprise par M. Moty pour expliquer la formation de ces petites perforations distantes l'une de l'autre de 5 à 8 cent. séparées par une troisième plus large — et qui sont comme particulières au G. P. C. — « Dans ce cas, dit M. Moty une anse intestinale se trouve prise entre le fer formant tampon et le plan résistant de la colonne vertébrale; la communication entre le sommet de cette anse et les parties sus et sous jacentes du tube digestif est momentanément interrompue, la pression s'élève brusquement dans l'anse, et elle éclate. » (loc. cit. p. 160).

Ainsi se trouve expliquée cette perforation médiane qui à l'autopsie occuperait toujours la partie de l'intestin opposée à l'insertion du mésentère. Elle est ordinairement large, bordée par la muqueuse herniée, ovalaire, à grand axe parallèle à celui de l'intestin. Quant aux deux autres déchirures, à bords souvent nets, elles correspondent aux points d'application des deux extrémités du diamètre transversal du fer du cheval. L'observation 82 est un exemple très net de ce mécanisme, et dans d'autres cas où la séreuse seule est lésée, on pourra vérifier aussi ce fait — rapporté par Beck, d'après Heschl — que

la déchirure diminue d'étendue de la séreuse à la muqueuse.

Nous n'insisterons pas sur l'autopsie de ces blessés, car si le niveau de la déchirure est très-variable, on se trouve généralement en présence du tableau habituel de la mort par péritonite : cavité péritonéale quelquefois distendue par des gaz, adhérences très solides surtout au voisinage de la lésion, exsudats jaunâtres et crémeux, épanchements d'aliments, de matière fécale, de liquides sanguinolents ou non, etc.. etc.

Il est des cas cependant où, après une survie plus ou moins longue, l'autopsie ne révèle pas la moindre déchirure (2 observations), on constate seulement sur l'intestin quelques points ecchymotiques de dimensions variables, et cependant, le blessé a succombé à une péritonite suraigüe.

M. Boiffin a attiré l'attention sur ce fait au Congrès de Chirurgie de 1893, et l'on sait bien aujourd'hui, qu'il suffit d'un léger dépoli de la séreuse, d'une fissure même imperceptible pour donner passage aux « agents infectieux et aux toxines de l'intestin » qui, filtrant d'une façon continue et abondante, précipitent tout à coup les accidents quand le mal semblait conjuré.

Il se peut enfin que la mort survienne sur le coup comme dans l'observation suivante rapportée par Morgagni, et qu'il tenait de son maître Sandri :

Homme frappé d'un C. P. C à l'ombilie tombe mort sur la place *comme un apoplectique*.

A l'autopsie : Rien de particulier si ce n'est une sugillation et une noirceur des intestins qui répondaient au lieu frappé (1).

(1) in Morgagni, *loc. cit.* trad. fr. t. 3. p. 327.

Nous touchons ici à un des points les plus délicats de la médecine légale, et nous retiendrons à ce propos une des conclusions de la thèse du docteur Augarde(1) : « en présence d'une autopsie négative, dit-il, le médecin expert, est autorisé à considérer la mort comme due à « une action réflexe d'origine nerveuse. »

Nous ne saurions abandonner cet aperçu d'anatomie pathologique, sans rappeler que les mêmes auteurs qui ont préconisé les premiers l'intervention chirurgicale, ont pu surprendre sur le fait, le mécanisme de la guérison spontanée, soit par des adhérences épiploïques, soit par des exsudats protecteurs. Depuis les mémorables recherches de Jobert un grand nombre de chirurgiens et d'expérimentateurs, ont retrouvé ces divers modes de réparation, soit au cours d'une laparotomie, soit à l'autopsie, et, pour nous en tenir à nos seules observations, voici une des réflexions, faite par M. le docteur Claudot, à la suite de l'autopsie de son blessé (rupture du jejunum) : « Malgré des mouvements intempestifs et multipliés du malade, dit-il, la plaie avait de la tendance, à se « fermer [spontanément, comme je m'en suis assuré, « d'une façon incontestable par le procédé du bouchon « muqueux » (2).

REINS. — Sans vouloir nous arrêter aux lésions des vaisseaux voir Obs. 8 et 13) nous avons dit plus haut que les autres organes de la cavité abdominale pouvaient être simultanément atteints par le traumatisme. Cette assertion est surtout vraie pour le *rein*, et dans quelques-

(1) Th. Lyon, 1895.

(2) Claudot in arch. med. mil. 1889, t. 14, p. 59.

unes de nos observations, à côté d'autres désordres beaucoup plus graves et généralement mortels, on retrouve signalé à l'autopsie des lésions de cet organe qui varient entre la simple contusion, l'épanchement sanguin périphérique et la déchirure plus ou moins complète. Les déchirures peuvent occuper le bord convexe, le hile ou la face antérieure du rein, « mais, dit M. Delorme, elles ré-
« pendent d'ordinaire à sa face postérieure, parce que
« cette face est propulsée contre la dernière côte ou l'apophyse épineuse de la première lombaire (loc. cit. p.810). » D'ailleurs, beaucoup de contusions rénales se terminent par la guérison : nombreux sont nos cas où le blessé a parfaitement guéri sans la moindre intervention, après avoir eu des hématuries graves et persistantes, des épanchements sanguins parfois considérables, et même après avoir présenté des symptômes inquiétants : le rein est donc un organe qui répare avec facilité ses solutions de continuité.

Nous relevons dans nos observations une seule rupture de l'*uretère* (Obs. 35). Une fistule urinaire rebelle s'étant établie, MM. Tuffier et Chaput, pratiquèrent avec succès la néphrectomie.

FOIE. — Le *foie* est avec le rein un des viscères le plus fréquemment lésé, mais heureusement protégé par les côtes, sauf les cas où celles-ci sont elles-mêmes fracturées, la lésion est d'ordinaire bénigne. Toutefois nous avons pu réunir un certain nombre d'observations (7, 13, 19, 34, 90, 95, 96, 97, 98, 99, 100) où l'autopsie a révélé soit des hémorragies sous-capsulaires, soit des fissures, soit des scissures, soit de véritables fentes (profondes de 4 à 5 centimètres avec épanchements sanguins, parfois con-

sidérables) siégeant de préférence sur le lobe droit plus exposé par son volume aux lésions directes. La mort survient aussi à la suite d'abcès quelquefois multiples et de volume variable, contenant un pus plus ou moins brunâtre, et, comme le fait remarquer M. le professeur Terrier dans un travail tout récent (1) ce pus, (lorsque le malade ne succombe pas rapidement aux accidents d'infection) tend à s'avancer dans les régions voisines, dans la cavité pleurale par exemple comme nous avons pu le constater.

« Il y a toujours de la péritonite circonscrite sus ou sous « hépatique autour du foyer de l'abcès, et, dit M. Terrier « les foyers de péritonite circonscrite sont formés par « une coque de fausses membranes qui tapissent les organes voisins et au centre de laquelle se trouve collecté « un liquide séro-purulent. »

La déchirure de la *vésicule biliaire* n'est signalée que deux fois (Obs. 96, 97), on admet d'ailleurs avec M. Bouilly qu'un traumatisme ne peut que très rarement la déchirer quand elle est saine.

VESSIE. — Malgré nos recherches dans la thèse d'agrégation d'Houel (1857), dans les thèses des docteurs Maltrait (Lyon 1881), Ferraton, Lesur (Paris 1883 et 1888, dans les mémoires de Bartels et de M. le docteur Blum (2) nous n'avons pu réunir que trois observations de mort pour contusion de la vessie par C. P. C. (Obs. 101, 102, 103).

Les ruptures de la vessie peuvent-être *intra périto-*

(1) Terrier et Auvray. *Rev. de chir.* 1896., oct. p. 730.

(2) M. Blum a pratiqué avec succès, une laparotomie pour contusion de la vessie mais comme il ne s'agissait pas seulement de C. P. C. nous n'avons pas pu rapporter son observation.

néale, (lésion presque toujours en arrière) ou *extra péritonéale* (lésion antérieure) et d'après M. Blum, si la guérison est possible pour les ruptures intra-péritonéales « on peut dire que toute rupture intra-péritonéale abandonnée à elle-même se termine fatalement par la mort, et presque toujours dans la première semaine. »

Nous rapportons de nombreuses observations suivies de guérison, où le traumatisme porta nettement sur la région hypogastrique; une des plus intéressantes est assurément celle que M. Sieur a bien voulu nous communiquer. Il la fait suivre des réflexions suivantes que nous ne saurions passer sous silence :

« Tout l'intérêt de ce cas nous paraît résider, dit-il, dans ce fait qu'au début tous les symptômes locaux semblaient en faveur d'une rupture vésicale et qu'une intervention immédiate paraissait justifiée. D'ailleurs malgré l'absence de shock, nous n'aurions pas hésité à pratiquer une incision sus-pubienne si la sonde laissée à demeure pendant les premières heures avait laissé couler des urines sanglantes.

« Les commémoratifs de l'accident, la nature du traumatisme, les constatations locales sont tellement en faveur d'une déchirure vésicale que l'on pourrait être tenté de croire à la guérison spontanée de cette dernière si l'on ne savait l'extrême rareté d'une terminaison aussi favorable.

« Et cependant comment expliquer sans cela la vacuité de la vessie que nous avons constatée cinq heures et demie après la dernière miction chez un blessé qui, dans l'intervalle, avait absorbé du café et éprouvé le besoin d'uriner quelques instants avant d'être atteint

« à la région hypogastrique ? L'explication qui s'offre tout
« naturellement à l'esprit est qu'il a eu une éraillure de
« la vessie par laquelle s'est écoulée l'urine qui y était
« contenue. Cette éraillure s'est par la suite fermée d'elle-
« même, grâce à l'irrégularité de ses bords, à ses faibles
« dimensions, aux adhérences presque immédiates qui se
« créent souvent entre les surfaces sereuses du péritoine
« et à l'installation d'une sonde à demeure immobilisant
« la vessie et offrant à l'urine une voie permanente d'écou-
« lement.

« Quant à l'urine épanchée, sa quantité était suffisam-
« ment faible pour permettre sa résorption presque immé-
« diate et si sa présence n'a donné lieu à aucune réaction,
« c'est grâce à son *asepsie*, l'urine *normale* injectée dans
« le tissu cellulaire prévésical ou le péritoine ne déter-
« minant ni inflammation, ni suppuration ainsi que le
« prouvent les expériences, déjà lointaines, de *Strauss*
« et *Tuffier*.

« Cependant, malgré tout l'attrait que présente une
semblable explication, il nous semble plus conforme à la
saine clinique de rester sur une prudente réserve, la
contusion de la vessie avec éraillure de la muqueuse
nous paraissant insuffisante pour expliquer la *vacuité* de
la vessie que nous avons constatée lors de notre premier
cathétérisme et le besoin d'uriner qu'éprouvait le blessé. »

RATE. — Tous les auteurs s'accordent à regarder les lésions de *la rate* comme extrêmement graves, elles peuvent aller de la simple infiltration sanguine à la plus petite déchirure (Obs. 58) à la réduction en bouillie (Obs. 77), mais en dehors de l'hémorrhagie — complication très-redoutable — les contusions légères guérissent facilement.

PANCRÉAS. — Nous terminerons cette étude d'anatomie pathologique par quelques mots seulement sur le *Pancréas*, car par sa situation profonde les ruptures de cet organe sont très rares. On ne signale guère dans les auteurs que les quatre cas réunis par Senn et dans lesquels le traumatisme initial n'était pas un C. P. C. Pour ce genre de choc, l'observation de M. Chaput est le seul exemple qui existe, du moins à notre connaissance : Au cours de la laparotomie d'un blessé (dont l'autopsie vint révéler en plus une rupture de la veine splénique) ce chirurgien trouva le pancréas franchement sectionné.

Les deux bouts étaient écartés de 6 à 8 centimètres, et saignaient abondamment : l'hémorrhagie venait à peine d'être conjurée que le blessé mourait (voir Obs. 8 et 16).

A l'autopsie de son blessé, M. Chavasse constata aussi une lésion du pancréas, mais beaucoup moins grave que la précédente, elle consistait en une contusion violente de la moitié droite de ce viscère.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

L'étude minutieuse de toutes nos observations, nous avait fait espérer un instant, qu'en présence de tant de cas, nous pouvions arriver à dégager quelques symptômes toujours constants, se rapportant à deux ou trois types cliniques à début absolument semblable.

Nos efforts sont restés infructueux, et nous avons été d'autant plus déçu dans nos recherches que les auteurs classiques, tout en faisant, il est vrai des réserves très larges créent volontiers des catégories. Or, il faut bien le dire, ces divisions sont absolument schématiques, si elles peuvent trouver place dans un traité ou dans une leçon, en clinique leur valeur est nulle et elles ont peu satisfait les esprits.

Nous ne voulons pas renouveler ces tentatives, car si la symptomatologie est loin d'être toujours nette pour les contusions du foie, des reins et de la vessie, elle l'est encore bien moins pour les lésions de l'intestin. En dehors de ces cas, où, d'emblée, le collapsus est profond, les extrémités froides, le pouls incompressible, l'anurie absolue, et la température au-dessous de la normale, il nous paraît difficile de donner actuellement une formule suffisante, ou même un tableau satisfaisant qui permettrait au chirurgien d'escompter — peu de temps après l'accident — un traumatisme bénin ou de gravité moyenne.

Il reste acquis pour nous, que dans la plupart des observations après un état plus ou moins prolongé de shock traumatique, survient une période réactionnelle, se manifestant par des troubles si variables, qu'on pouvait presque dire avec M. Jalaguier que « *chaque blessé offre un physionomie particulière.* »

Nous tomberions dans des redites inutiles, s'il nous fallait exposer en détails les nombreux symptômes de la contusion abdominale : ils ont été décrits trop de fois avant nous, et de main de maître. Nous nous bornerons à rappeler les signes classiques, moins pour les énumérer à nouveau que pour en discuter la valeur, tout en mettant en relief quelques signes encore peu étudiés.

Sous le nom de *shock péritonéal*, on réunit tout un cortège de symptômes qui apparaissent généralement dès que le sujet vient d'être atteint, et qui se traduisent : par une pâleur du visage, des sueurs froides, un pouls petit, dépressible et fréquent, un refroidissement des extrémités, une dilatation des pupilles, un état nauséux suivi ou non de vomissements et quelquefois de hoquets.

Tous ces signes n'ont, dès le début, qu'une valeur très secondaire. Ils résultent en effet de l'irritation passagère mais intense du système nerveux splachnique, et depuis le mémoire très connu de Gubler, sur le *péritonisme* (1) depuis les expériences de Brown-Séquard, de Goltz, et de Tarchanoff, on sait qu'il s'agit là, d'un pur phénomène réflexe, variant avec la disposition particulière des sujets.

Il ressort, en effet, de toutes nos observations que, sans

(1). GUBLER. *Journal de thérap.* 1876-77

parler des rares cas où la mort survient tout à coup, cet état peut, ou faire défaut — même après un choc violent, — ou durer quelques minutes, parfois quelques heures, ou se prolonger enfin d'une façon inquiétante, sans pour cela qu'il y ait toujours une issue fatale.

L'étude des *vomissements* est tout aussi peu instructive : ils sont alimentaires, porracés, bilieux ou fécaloïdes, rarement sanguinolents. Ils peuvent apparaître d'emblée, discontinuer pour reparaitre ensuite, cesser complètement, ou enfin s'installer d'une façon continue.

S'ils apparaissent d'emblée, l'estomac étant en état de réplétion, ils décèlent simplement la réaction d'un viscère et n'éclairent en rien le diagnostic.

Si après quelques heures d'accalmie, ils surviennent de nouveau : ils sont encore ou alimentaires ou bilieux ou ponacés ; quelle que soit leur abondance, ils peuvent se produire sans la moindre lésion, ou au contraire lorsqu'il y a déjà perforation.

Leur persistance est assurément d'un pronostic très sombre, cependant ce signe ne saurait être pris comme guide infaillible d'une intervention rapidement nécessaire, car si dans un cas, celui de M. Bouilly par exemple, (ou la laparotomie vint confirmer le diagnostic de perforation). Si dans ce cas nous voyons le blessé secoué presque constamment durant 20 heures par des vomissements, et épuisé, à tel point, qu'une mort semblait prochaine, nous sommes tout à fait ébranlé dans nos convictions momentanées de laparotomiste quand nous apprenons que tel malade de M. Schwartz, après onze jours consécutifs de vomissements, se rétablit parfaitement sans la moindre intervention.

Seul, le diagnostic d'une issue fatale, ne saurait être douteux quand surgissent tout-à-coup des vomissements fécaloïdes, mais il est déjà bien tard pour intervenir, si on a attendu l'apparition de ce symptôme.

Il ne faut pas s'attendre non plus à trouver dans le symptôme « *douleur* » une indication bien nette comme signe de début de la perforation.

« M. le professeur Delorme nous rappelle à ce propos, « que dans son service, à un moment donné, étaient couchés deux hommes atteints de contusion abdominale, « l'un frappé dans la région de l'épigastre, l'autre dans le « flanc; le premier accusa des douleurs atroces pendant « plusieurs heures de la première journée, le lendemain « il était calme et sa guérison semblait assurée, l'autre « souffrait à peine, il succomba rapidement à une péritonite malgré la laparotomie ».

Il suffira d'ailleurs, de feuilleter quelques-unes de nos observations, pour se convaincre que « nombreux sont les malades qui, après avoir éprouvé des douleurs très aiguës ont surmonté les premiers accidents, alors que chez d'autres, à une sensibilité moins accusée répondait une perforation rapidement mortelle ».

Les observations de M. Delorme, celle de M. Chavasse, celles de Beck, sont très intéressantes à ce dernier point de vue; une des plus caractéristiques est rapportée par M. Nimier : *le malade riait et causait avec ses camarades autour du poêle de l'infirmierie, dans la journée qui suivit l'accident.* Le lendemain il mourait. (Cf. obs. 41, 54, 70, 84).

Il faut ajouter cependant, qu'après la disparition des symptômes de choc, une douleur persistante, localisée

toujours au même point, exaspérée par le moindre mouvement ou la pression profonde, quand elle est permise, est un élément précieux pour le diagnostic. Mais, comme les blessés se refusent le plus souvent à cette exploration, M. le professeur Delorme, tout au début de notre travail, avait attiré notre attention sur un signe dont la valeur reste encore à étudier, nous voulons parler de l'*hypéresthésie cutanée*.

« Ce signe pourrait être, en effet, appelé, à fournir d'utiles indices sur l'irritation péritonéale, sur son étendue, son siège et son degré. »

« Sur un malade qui succomba après laparotomie à une péritonite septique consécutive à une perforation (obs. 3), M. Delorme fut frappé du degré d'hypéresthésie de la peau abdominale. Il cherchait à se renseigner par la douleur à la pression profonde, sur la possibilité d'une lésion viscérale, et déprimait la paroi obliquement de dehors en dedans à une certaine distance du point frappé, pour éviter la cause d'erreur due à une pression de la paroi contuse, quand, plissant la peau, il provoque une douleur plus exquise que celle qu'il déterminait par la pression profonde. Le pincement léger de la peau rappelait les mêmes souffrances vives, et celles-ci étaient surtout aiguës au niveau de la lésion cœcale. Or, cette région qui, au dire du malade, ne semblait pas atteinte, présentait, au contraire, (comme la laparotomie le démontra avec la perforation), les vestiges les plus marqués de l'irritation péritonéale. »

« L'hypéresthésie était si manifeste, qu'on s'arrêta un instant à l'idée d'un hystéro-traumatisme, mais la recherche des zones hystérogènes ou des troubles hystéri-

ques des organes des sens démontra que cette hypothèse était inadmissible ».

« Si l'on se rappelle que dans la peau de la paroi abdominale se rendent des filets nerveux provenant des troncs qui innervent le péritoine, on comprendra aisément que l'irritation des filets profonds puisse entraîner l'hypérexcitabilité des filets superficiels » (M. Delorme).

L'état du ventre est un des symptômes le plus controversé : sous l'influence des idées de Jobert, qui avait écrit que la « tympanite instantanée est un signe certain de plaie de l'intestin, sans lésion extérieure de l'abdomen », on considéra ce tympanisme comme absolument pathognomonique.

Assurément ce signe a une valeur de premier ordre, et au dernier congrès (Oct. 1896), M. Guinard ramenait l'attention sur « le tympanisme avec disparition de la matité hépatique, » mais il faut dire que sa constatation est difficile quand l'épanchement de gaz n'est pas très considérable, et d'autre part, par sa recherche, on s'expose à l'erreur, lorsqu'il y a un ballonnement du ventre dû à une paralysie de l'intestin. Enfin, si ce signe apparaît généralement lorsque la rupture est large et que l'intestin laisse librement échapper son contenu gazeux, il peut aussi manquer très fréquemment avec une lésion de moindre étendue.

Dans bien des observations nous voyons les chirurgiens guetter l'apparition du météorisme pour se décider à intervenir, alors que d'autres ouvrent le ventre en son absence, et nous pouvons encore poursuivre nos deux termes de comparaison, avec les observations de MM. Schwartz et Bouilly. Chez le blessé de M. Schwartz,

un seul point manquait c'était le météorisme. « C'est sur son absence, nous dit M. Schwartz, que nous nous sommes beaucoup basé pour ne pas intervenir, à regret cependant les deux premiers jours, convaincu que nous étions que ces vomissements opiniâtres, cet état général grave nous révélaient une péritonite à forme un peu insolite, et une rupture de l'intestin ; nous avions d'autant plus lieu d'y songer, ajoute-t-il, que dans l'observation si remarquable de M. Bouilly, le météorisme avait manqué et il n'en existait pas moins lorsqu'il pratiqua la laparotomie une perforation en un point, une eschare dans un autre. »

« Et, en effet, à la Société de chirurgie (1883) M. Bouilly déclara qu'un seul signe aurait pu venir à l'encontre du diagnostic, c'était la rétraction de l'abdomen qui était plutôt aplati que météorisé. »

Une réaction s'accomplit précisément aujourd'hui en faveur de la *rétraction du ventre* (bien que ce signe ait été depuis longtemps signalé) et M. Guinard lui a accordé au dernier congrès (Oct. 1896) une valeur pathognomonique : « A côté de la sonorité tympanique, pré-hépatique, a-t-il dit, un des symptômes les plus importants, en cas de contusion, c'est la contraction des muscles abdominaux qui empêche toute exploration manuelle profonde : les malades, en pareil cas, ajoute-t-il, ont le *ventre en bois*, plutôt rétracté que ballonné. »

S'il en était toujours ainsi, le diagnostic serait relativement facile, et les cas dits *douteux* diminueraient de beaucoup. Malheureusement, il faut bien le dire, les blessés peuvent avoir le ventre non rétracté, *extrêmement souple* comme chez un des opérés de M. le professeur Delorme et la perforation existe.

Voulons-nous insister sur le *pouls* ? Nous retrouvons sur ce point dans Morgagni, la réflexion suivante de Fabrice d'Aquapendente : « J'ai observé que ceux qui sont blessés (1), dit Fabrice, ont le pouls extrêmement petite très fréquent, et qu'ils meurent le premier ou le second jour ; d'après cela, ajoute-t-il, si vous voyez le pouls dans cet état, soupçonnez toujours une blessure des petits intestins. »

La *fréquence* du pouls et sa *petitesse* considérées isolément sont-elles donc un indice certain de la mort ? Assurément non, et nous ne saurions énumérer toutes les observations de guérison où ce signe a été cependant constaté. Nous préférons rappeler que chez ces blessés, M. Chavasse a constaté souvent, à côté d'un pouls très fréquent (120, 140, 150, 160) un abaissement notable de la température ($37^{\circ} 3$; 36° , $36^{\circ} 5$, 35°) avec une respiration accélérée, haletante, purement costale.

Il faut tenir grand compte de cette *dissociation*, car dégagée de l'ensemble, la température perd beaucoup de sa valeur, mais cependant comme elle sujette à erreur, elle aussi, cette dissociation ! M. Chavasse pût d'ailleurs s'en assurer lui-même. Chez son opéré, l'étude comparative de la marche du pouls et de la température pendant la première journée qui avait suivi l'accident le laissa assez hésitant au sujet du diagnostic, car, dit-il, « cette marche s'éloignait un peu du type que l'analyse de 150 observations m'avait permis de constituer comme indice presque certain de péritonite par déchirure intestinale.

(1) Et il veut parler des contusionnés *seulement*.

Cet aveu nous dispense d'un long relevé ; *l'urgence de l'intervention ne saurait être basée sur ces graphiques.* Voici, d'ailleurs, l'impression de M. le docteur Rouflay sur l'importance qu'il faut accorder à ce signe : « Je me souviens, nous écrit-il, qu'un médecin-major, non sans mérite, ayant vu l'un de mes six blessés, le lendemain du C. P. C, me dit en voyant les graphiques de mon malade : « Voici les lignes de M. Chauvasse qui se caractérisent, il faudrait laparotomiser ; » or, il n'a été fait aucune opération, et le malade a bien guéri.

Nous ne saurions discuter plus longtemps tous ces symptômes, nous devons ajouter toutefois que, s'il est des cas où *l'anurie* (1) est complète et accompagne le malade jusqu'à la mort, il en est d'autres, où le blessé, même condamné, urine spontanément,

Et, quels renseignements variables nous donnent ces urines. Sauf les cas bien nets d'hématurie (et quand il n'y a pas rétention), ces urines sont le plus souvent normales, et quel que soit le point lésé, il est rare, qu'elles contiennent du *sucre* (obs. Cl. Bernard) de l'*albumine* (obs. de M. Dieu) ou des *pigments biliaires* (obs. de M. Delorme).

Il est presque constant de voir les *fonctions de l'intestin*, abolies comme celles de la vessie ; dans quelques observations cependant on signale des évacuations diarrhéiques, rarement des selles sanguinolentes, et, dans ce cas l'on doit s'assurer si le sujet n'est pas porteur d'hémorroïdes, ce qui serait une cause d'erreur.

(1) M. Kirmisson a fait remarquer à la Société de Chirurgie (1895) combien ce signe devrait être pris en considération.

Parlerons-nous de *l'ictère*? C'est un symptôme peu observé, et qui n'est que rarement un signe du début, il n'apparaît le plus souvent disent les auteurs, qu'au bout du deuxième jour et même plus tardivement. (M. Terrier *loc. cit.*)

Nous avons hâte d'arriver au *facies* du blessé, nous pourrions le définir d'un mot, en disant que ce facies est *péritonéal*, l'analyse en serait trop succincte, disons que le visage est anxieux, les traits tirés tantôt immobiles, d'autres fois exprimant la souffrance ; les yeux sont enfoncés dans l'orbite et cernés de noir, et les lèvres présentent enfin une légère teinte cyanosée.

Mais ce tableau est loin d'apparaître toujours avec cette netteté, et lorsque le facies est peu accusé, il faut l'œil exercé d'un clinicien pour pouvoir en saisir les caractères. Nous touchons déjà ici au diagnostic que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Nous ne saurions nous attarder dans ce chapitre à faire le diagnostic d'une hémorrhagie interne, ou des lésions des viscères, comme le foie, les reins, la rate et la vessie; nous avons dit plus haut, que sans être toujours bien nette, la symptomatologie de ces lésions était beaucoup moins fruste, que celle des perforations de l'intestin.

Une douleur irradiée soit à l'épaule droite, soit à l'épaule gauche, soit dans des bourses, des urines nettement sanglantes, contenant ou non des pigments biliaires, du glucose ou de l'albumine, pourront mettre sur la la voie du diagnostic, le clinicien, qui agira alors selon son tempérament chirurgical.

Nous voulons aborder immédiatement le diagnostic beaucoup plus difficile des lésions de l'intestin; nous nous sommes efforcés, dans le chapitre précédent, de montrer quelle indication vague nous donnait chacun de ces symptômes, pris isolément: nous avons tous pu les saisir en défaut, c'est assez en prouver l'insuffisance.

Est-ce à dire que le diagnostic soit impossible à établir? Il sera facilité par la recherche des *commémoratifs* et par l'étude des *signes locaux* et *généraux*

On devra toujours rechercher si le choc a été intense,

si le blessé était à une grande ou à une faible distance de l'animal, si le pied du cheval était ou non en extension complète, et si, renversé par le traumatisme, le sujet a perdu longtemps connaissance. On s'assurera non seulement du point exact où le traumatisme a porté (à moins qu'une ecchymose, malheureusement trop rare, ne vienne renseigner à ce sujet) mais aussi de la direction du choc, bien que dans un cas de M. Delorme nous voyons ce choc être aussi grave (laparatomie, mort) *obliquement* que *perpendiculairement* à la paroi. Le sujet était-il appuyé contre un plan résistant? Avait-il prévu le choc, et par cela même, sa paroi abdominale était-elle tendue ou relâchée? Était-il à jeun? Depuis quand exactement s'était-il alimenté? Avait-il besoin d'uriner au moment de l'accident ou bien venait-il de vider sa vessie? autant de points, qui minutieusement recherchés, donneront plus de poids et de fermeté au diagnostic.

Qu'on n'oublie surtout pas de s'informer, si le blessé se croyant faiblement atteint, a continué de vivre de sa vie ordinaire pendant les premières heures qui ont suivi le traumatisme. Que de morts on aurait pu éviter si, prévenus du danger, les blessés s'étaient fait porter immédiatement à l'hôpital ou à l'infirmerie! Il faut enfin qu'on sache si, le blessé n'avait aucune tare personnelle (hernie, etc.), ou s'il était pris de boisson, car dans ce cas, il est bien difficile de savoir si les vomissements relèvent du *shock* ou de l'ivresse alcoolique.

A côté de ces commémoratifs, il est d'autres éléments de diagnostic qui peuvent être d'un meilleur secours. Nous ne parlerons que pour mémoire du procédé in-

diqué par *Spaggia* (1) : « en auscultant la paroi latérale « de l'abdomen et la région lombaire, on entendrait, « dans le cas de rupture, un bruit de gargouillement, « produit par les mouvements d'inspiration et d'expira- « tion, déplaçant des matières stercorales et gazeuses dans la cavité abdominale. » (in Chavasse, p. 57).

Aucune de nos observations ne fait mention de l'essai du procédé indiqué par *Senn* et qui consiste dans l'insufflation de gaz hydrogène dans le tube digestif soit par le rectum, soit par la bouche. On provoquerait ainsi, dans le cas de perforation, une tympanite artificielle, montrant que le gaz est en liberté dans la cavité abdominale.

Bien que cette méthode ait donné quelques succès à Morton, pour les plaies pénétrantes de l'abdomen, nous pensons que ce procédé est sinon toujours trompeur, du moins dangereux. Il peut, en effet, exposer le chirurgien à de grands déboires, dans une affection où il faut, avant tout, favoriser par un repos absolu la formation des adhérences.

Accorderons-nous plus de créance, à la méthode indiquée par *M. Moty* pour reconnaître une *perforation perméable de la partie supérieure de l'intestin grêle* ? On sait que dans ce cas, pour ce chirurgien, une *douleur vive* et une *altération des traits* quelques secondes après *l'absorption d'un liquide* serait caractéristique. L'opéré de *M. Moty* présentait ce symptôme, et il se trouve encore vérifié dans quelques-unes de nos observations (par exemple obs. 49), il manque, en revanche, dans beaucoup

(1) *Gazette méd.* 1873.

d'autres (58, 78, etc.) et ce procédé n'a pas encore fait suffisamment ses preuves.

Il est enfin, un autre procédé d'investigation qui n'est signalé dans aucune de nos observations, et qui est cependant très instructif, c'est le *toucher rectal* « M. le professeur Delorme qui ne manque pas dans les contusions de l'abdomen, comme dans les plaies pénétrantes, de pratiquer ce toucher rectal, insiste sur la valeur des indications qu'il fournit pour décélérer l'irritation du péritoine produite par son infection septique ou purulente. La voie rectale est la seule que le chirurgien puisse utiliser pour interroger le péritoine directement. Dans aucun point, il est à peine besoin de le faire remarquer, celui-ci est aussi accessible. Or, lorsque l'intestin grêle en particulier est déchiré, et que le péritoine est irrité d'emblée par la chute dans le petit bassin des matières stercorales si éminemment infectantes, ou qu'il l'est par la chute de liquides péritonéaux purulents ou putrides, sécrétés à distance, la douleur réveillée par le chirurgien, pendant le toucher rectal, traduit la souffrance de la grande séreuse.

M. Delorme fait remarquer que c'est dans les grands épanchements, les plus graves de tous, et qu'il importe le plus de reconnaître vite, parce qu'ils imposent l'intervention la plus rapide, c'est dans ces cas, que ce signe doit se présenter le plus souvent. Une observation ultérieure indiquera les modalités que la recherche de la sensibilité rectale pourra fournir, mais il est utile de faire observer que pour donner à ce signe toute sa valeur, il faut se mettre à l'abri d'une cause d'erreur.

Chez les contusionnés, ou les perforés de l'abdomen,

la vessie est ordinairement distendue, parfois à un degré considérable; la pression exercée par le doigt sur cette vessie distendue peut alors réveiller une douleur rapportée à tort au péritoine voisin, si donc la vessie est remplie au moment de l'exploration, il est nécessaire de la vider et de revenir au bout d'un certain temps sur l'exploration rectale. D'ailleurs celle-ci répétée ne peut être que bonne dans tous les cas.

Est-il nécessaire d'ajouter qu'il est indispensable que le doigt soit enfoncé aussi loin que possible, lentement, dirigé surtout vers la vessie, c'est-à-dire, vers le cul-de-sac péritonéal, et que ce sont les impressions bien précises que détermine son extrémité et non sa base (en rapport avec un sphincter vigilant, et dont la dilatation est un peu douloureuse) qu'il faut rechercher(1).

Ce signe sera surtout précieux, s'il coïncide avec quelques-uns des plus importants que nous avons signalés plus haut : des *vomissements* rapidement *fécaloïdes*, une *température au-dessous de la normale*, un *tympanisme* de la première heure, une *douleur profonde localisée*, une *hypéresthésie cutanée*, un *refroidissement* des extrémités, une *anurie* complète.

C'est donc bien plus d'après l'ensemble de tous ces signes que l'on arrivera à assurer son diagnostic. Mais néanmoins comme il reste indécis ! Nous dirions volontiers, en effet, avec M. Polaillon, qu'« il faudrait encore « savoir quelle est la nature la lésion suspectée ? Est-ce « un simple épanchement sanguin dans le parenchyme « de l'organe contusionné ? Est-ce une mortification

(1) Communication écrite de M. le professeur Delorme.

« dont l'eschare va se détacher dans quelques jours ? est-
« ce une déchirure avec hémorragie ou avec issue des
« matières intestinales dans le péritoine ? En un mot,
« s'agit-il d'une lésion qui pourra se réparer et guérir
« spontanément, ou d'une solution de continuité de l'in-
« testin ou de l'estomac, particulièrement, qu'il faut
« suturer immédiatement sous peine de voir le blessé
« succomber à une péritonite suraiguë ? Il est impossible
« de résoudre ces questions dans l'état actuel de nos
« connaissances (1). »

Où donc trouver l'indication précise de l'intervention, et que deviennent les divisions arbitraires en cas *légers*, *moyens*, et *graves*, ou encore, comme le disait tout récemment M. Demons (Congr. de Chir. 1896), en *contusion légère*, *douteuse*, et *violente*, suivie ou non, tantôt d'un *shock modéré*, tantôt *considérable* ? Nous ne saurions trop le répéter, cette classification est factice ; la scène peut changer d'un instant à l'autre, et à des symptômes très accusés au début, correspondent souvent des lésions viscérales susceptibles d'une réparation prompte.

Evidemment l'embarras serait moindre si sans s'attarder à la recherche des commémoratifs, ou des symptômes rationnels, le chirurgien ouvre d'emblée le ventre ! En présence de tant de guérison due à une expectation bien conduite, nous croyons fermement que cette intervention précoce n'est pas permise et nous la rejetons comme moyen de diagnostic.

(1) Polaillon. Stat et obs. Chir. Hosp. 1896. p. 6.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Les débats sont loin d'être clos sur la conduite à tenir en présence d'une contusion plus ou moins violente de l'abdomen, et l'on reste toujours divisé en deux camps. Certains chirurgiens, en effet, comme MM. Chavasse, Michaux, Chaput, Gross, Vautrin, Sieur, Février, Adam et Demons, préconisent une *laparotomie large* d'emblée, ou une *petite boutonnière* exploratrice (M. Guinard) sur la seule indication d'un choc intense, ou comme l'a écrit un de nos maîtres, M. le professeur agrégé Reclus qui se range à cette opinion : « *sur la seule existence d'un coup de pied de cheval, lancé à toute volée, et reçu en plein ventre.* » (loc. cit.).

Les thèses des docteurs Adler, Baladur et Gachon sont le reflet de ces idées.

D'autres praticiens, au contraire, pour les mêmes traumatismes, repoussent la laparotomie exploratrice, et attendent pour intervenir, l'apparition de *symptômes rationnels*. Notre maître, M. le professeur Delorme, s'est fait en 1895, à la Société de chirurgie, un des principaux défenseurs de cette thérapeutique, et nous pouvons citer à côté de lui, MM. Polaillon, Reynier, Quénu, Kirmisson, Jalaguier, Moty et Nimier, sans vouloir rappeler à nouveau les noms de ceux des chirurgiens des hôpitaux militaires à qui nous devons quelques-unes de nos plus belles observations.

Si donc, l'expectation compte d'ardents adversaires, elle a pour elle aussi un nombre considérable de partisans, et nous aurions quelque timidité à entrer dans la discussion, si nous n'avions pour nous donner appui, notre recueil d'observations et surtout de *statistiques intégrales*, qui à elles seules, sont déjà très éloquentes.

Posons immédiatement les termes du problème : un homme vient d'être contus par un violent C. P. C. suivi d'une période de shock d'une durée et d'une intensité variable, les uns « *après une observation attentive du blessé* », observation variant de 4 à 12 et 13 heures, lui proposeront une opération qui consistera en la recherche d'une « *lésion probable* » ; les autres, (et c'est parmi eux que nous nous rangerions en l'occurrence), sans se borner, comme autrefois, à une opération pure et simple, immobiliseront aussitôt leur blessé, feront une compression méthodique du ventre, le mettront immédiatement à la diète de boissons et d'aliments, lui donneront de l'opium, non en potion, mais en pilules ou en injections hypodermiques, tromperont la soif du malade avec quelques morceaux de glace à sucer, et le tiendront rigoureusement en observation. En même temps, ils feront préparer leur salle d'opérations, seront prêts à intervenir dès l'apparition d'un groupe de signes suffisamment caractéristiques à leur point de vue, et qui peut évidemment varier d'un chirurgien à l'autre.

Décidés à opérer, leur intervention sera (d'après les indications fournies par le *Traité de Chirurgie de guerre* de M. Delorme) « médiane, sus ou sous-ombilicale, alors même que le traumatisme aura porté sur les parties latérales de l'abdomen. L'examen du tube digestif

sera pratiqué méthodiquement et, suivant le cas, on fera une suture directe, perdue de la plaie intestinale ou une résection suivie de toilette complète ou de lavage du péritoine ».

Et maintenant, examinons un peu les différents arguments que nous donnent les partisans de l'intervention immédiate, pour justifier leur pratique.

1^o) Dans les contusions violentes de l'abdomen, disent-ils, et, en particulier, dans la contusion par C. P. C. (lancé à toute volée), la *mort est presque toujours certaine*, puisque sur 36 cas réunis par M. Chavasse, il faut compter 35 morts dues à l'expectation. Par conséquent, la « seule chance de salut qui reste au blessé est dans l'intervention chirurgicale ».

2^o Cette intervention, ajoutent-ils, doit être *large* ou *limitée*, *précoce* et *rapide*.

a) Pourquoi *large*? Parce que faite ainsi, elle sera plus sûrement curative, et que, d'ailleurs, entreprise par des mains antiseptiques elle devient une « *opération bénigne* », n'augmentant pas « *sensiblement* » l'état du blessé, et qu'au surplus, son inocuité est suffisamment démontrée par « *les milliers de laparotomies pratiquées pour les affections des ovaires.* »

b) Pourquoi *limitée*? Parce que si on redoute d'accroître le shock du blessé, on pourra très bien se borner à ce moyen d'investigation qui sera suffisamment instructif. Il sera surtout précieux dans les cas « où la *gravité des symptômes jure avec le peu d'intensité du traumatisme* ».

c) Pourquoi *précoce*? Parce que faite tardivement (12 ou 15 heures au plus), on opérera en pleine septicémie, et

qu'alors les chances d'insuccès seront beaucoup plus nombreuses. D'ailleurs, ajournée, l'opération devient « extrêmement laborieuse, les anses intestinales sont « vascularisées, rouges, distendues, difficiles à réduire, « nécessitant des manipulations longues et prolongées » et par conséquent funestes au blessé.

d) Pourquoi *rapide*? Parce que l'anse blessée (car nous avons surtout en vue ici les lésions de l'intestin) est toujours au voisinage du point douloureux et contus et que, par conséquent, « *il n'est pas utile d'éviscérer tout « l'intestin entre des compresses chaudes.* »

Voici à notre tour ce que nous répondrons : on a beaucoup exagéré la léthalité dans les contusions de l'abdomen, et pour nous en tenir aux seuls coups de pied de cheval, les relevés de M. Chavasse (36 cas, 35 morts) étaient bien faits pour impressionner les esprits. Or, on a un peu trop vécu, jusqu'à ce jour, nous semble-t-il, sur cette statistique : prise en bloc (96 0/0 de mortalité), ou dans le cas particulier du C. P. C., on l'a toujours opposée aux partisans de l'expectation armée. Le mémoire de M. le professeur agrégé Moty (joint aux communications de Beck) avait quelque peu corrigé ce que ces résultats avaient d'excessif. On sait, en effet, que pour ce chirurgien, dans les contusions abdominales par C. P. C., il faut compter des lésions intestinales graves : 1 fois sur 3.

Néanmoins, comme ce relevé ne porte que sur 9 cas, on revient plus volontiers sur celui déjà ancien de M. Chavasse (1884).

Nous avons dit ailleurs, tout le bien que nous pensions de cette étude, où l'on trouve la première statistique qui ait été donnée en France sur ce sujet, nous lui adres-

serons toutefois, au point de vue du parti que continuent à en tirer les adversaires de l'expectation armée, nous lui adresserons les reproches suivants :

1^o Elle a paru, cette statistique, à une époque où les cas de guérisons de contusions abdominales étaient peu publiées en France, et sa mortalité s'est beaucoup accrue de ce qu'elle reproduisait la plupart des observations de Poland qui ne rapporte que les morts. Or, nous avons repris les ouvrages que ces auteurs avaient eus entre les mains, et nous avons été surtout frappé de ce fait, que cette effroyable mortalité correspondait :

a) Soit, à des cas dont la rapide gravité n'aurait permise aucune intervention.

b) Soit, à d'autres cas où les blessés étaient soignés d'une façon irrationnelle, au moyen d'une médication que l'expérience a rejetée : nous voulons parler des saignées générales, des bains entiers que l'on faisait prendre à ces malades. De plus, non seulement ceux-ci n'étaient pas immobilisés d'une façon convenable, mais encore ils étaient loin d'observer toujours une diète rigoureuse.

2^o En second lieu, mieux placé peut-être que nos devanciers, nous avons pu trouver un certain nombre d'observations de guérisons qui leur ont échappé, ce qui diminue d'autant la noirceur du tableau.

3^o Enfin, et c'est là notre plus grave reproche, cette statistique n'a qu'une valeur très relative, car elle porte sur des cas épars et comme beaucoup des nôtres, péniblement réunis ! Nous avons dès le début si bien senti cette imperfection, que, lorsque nous bâtissions notre travail, sans trop divulguer les richesses que nous gardions par devers nous, nous avons pu surprendre plus d'un sou-

rire ironique, et il nous a été parfois répondu : « L'EXPECTATION ? mais, A QUOI PENSEZ VOUS ! »

Il ne serait certes pas venu à l'idée de notre maître de nous proposer d'entreprendre un pareil sujet — qui ne laisse pas que d'être très complexe — s'il n'avait pu nous donner pour base une *statistique intégrale*, résumant déjà une grande expérience.

Si encourageante que soit la statistique générale que nous avons dressée avec une longue patience, si encourageante soit-elle, nous lui préférons de beaucoup, les *statistiques personnelles* des autres chirurgiens, parce que ce sont des *statistiques intégrales*, c'est-à-dire, des *statistiques qui donnent la même valeur aux cas malheureux comme aux cas de guérisons*.

Et d'ailleurs, si nous nous en étions tenu à une seule statistique intégrale, on aurait pu très facilement nous objecter qu'il s'agissait là d'une série heureuse comme il s'en trouve dans la littérature médicale. Mais, sur le conseil de M. Delorme, nous avons ouvert toute une correspondance qui a achevé de nous convaincre. MM. les Médecins-Chefs Labrevoit, Rouflay, Boppe, Jeanmaire, Guillemin, Yvert (pour nous borner à leurs noms), nous ont écrit que si la laparotomie était une thérapeutique très rationnelle, et, qu'ils employaient au besoin, l'expectation leur avait donné de très beaux résultats, comme on en peut juger sur nos tableaux.

Mais nous ne nous sommes pas arrêté là dans nos recherches, nous avons été plus loin et plus haut : M. le Médecin-Inspecteur Mathieu, qui a occupé au Val-de-grâce, la chaire de chirurgie d'armée, nous a dit n'avoir jamais pratiqué la laparotomie pour contusions abdomi-

nales par C. P. C., et que, sauf les cas à lésions irrémédiables (avec autopsie à l'appui), il ressortait de sa pratique que la guérison était la règle.

M. le Médecin Inspecteur Dieu, actuellement Directeur du service de santé de l'armée, nous a confirmé ce qu'il avait déjà dit à M. Delorme, à savoir : que la gravité des cas est relativement faible (Cf. Bull. S. Chir. 1895, p. 227. comm. de M. Delorme).

Mais, dira-t-on, vous ne parlez que du coup de pied de cheval, et vous ne tenez nullement compte des autres traumatismes ; nous répondrons à cela que nous avons entre les mains, 20 observations inédites (M. Delorme) de contusions abdominales *de cause et de gravité diverses*, suivies de guérison par l'expectation et le traitement médical rationnel, et que de plus la récente statistique de M. le professeur agrégé Polaillon, est bien faite pour nous rendre moins partisan d'une intervention hâtive.

Nous ne voulons donc pas insister plus longtemps, car si nous nous sommes volontairement attardé sur ce point, c'est dans l'intention d'éclairer les esprits, plutôt que de chercher à les convaincre.

Est-ce à dire que nous condamnions la laparotomie ? On dénaturerait tout à fait notre pensée, en nous rangeant parmi les « *abstentionnistes quand même* ». Il n'en existe plus aujourd'hui, et vraiment ce ne serait pas être de son temps. Non, nous ne sommes pas du tout pour l'expectation pure et simple, nous reconnaissons l'utilité et les bienfaits incontestables de la laparotomie, entreprise toutefois, avec le maximum de certitude possible de son opportunité, mais nous ne saurions admettre que « *limitée ou étendue* », elle soit toujours et sans restriction « *précoce* ».

Et cela, pour les raisons suivantes que nous voulons brièvement exposer : d'après toutes nos observations, il nous paraît impossible, de porter hâtivement un pronostic sombre ou bénin, nous croyons, au contraire, qu'il faut être très réservé et d'une prudence extrême dans sa thérapeutique, mais précisément par ce seul fait que, le *diagnostic est le plus souvent incertain*, nous en arriverons à ceci que si nous acceptons la laparotomie exploratrice, même sous forme de boutonnière, nous *devrons la pratiquer à chaque fois*, et il nous paraît véritablement abusif de préconiser une pareille règle.

En supposant même que cette intervention précoce soit d'une bénignité absolue (ce qui n'est pas du tout prouvé) elle restera limitée à quelques grands centres, enregistrera forcément de nombreuses laparotomies blanches, sinon quelques insuccès regrettables.

Là, au contraire, où l'on ne pratiquera que l'expectation armée (et cela d'une façon hâtive, rigoureuse et intelligente) nous sommes convaincu, qu'à égalité de gravité, on obtiendra des guérisons certainement plus nombreuses que celles que la laparotomie enregistrera.

Nous ne voulons pas bien entendu, parler de ces cas rapidement mortels, et pour lesquels chacune des deux médications est le plus souvent impuissante ! Non, nous pensons à ces cas douteux qui sont la grande majorité, et qui, selon-nous réclament avant tout un repos absolu.

Comment ! Voilà des blessés qui, à peine remis de leur *shock traumatique*, vont être conduits à la salle d'opérations, exposés à tous les inconvénients d'une éviscération qui, si elle est *limitée*, risquera fort d'être incomplète (nous nous sommes expliqué dans le cha-

pitre III à ce sujet) qui, si elle est *totale*, pourra être parfois périlleuse en faisant subir un nouveau shock à l'opéré, car enfin, l'opération est longue, les chances d'infection sont possibles, et la chloroformisation nous a paru dans toutes nos observations, extrêmement alarmante...

Nous dirons donc pour terminer, qu'en présence des succès *encore bien limités* des laparotomies pour contusion de l'abdomen par C. P. C., il y a lieu de temporiser et de se demander, comme nous le faisait remarquer M. le professeur Delorme, si d'une part, il n'y avait pas *exagération* dans la rareté des guérisons (ce que nous nous sommes efforcé de montrer plus haut), si d'autre part on ne s'est pas laissé quelque peu influencer par une *assimilation* regrettable avec les *plaies pénétrantes de l'abdomen*.

Dans ce dernier cas, en effet, où il est possible d'avoir quelque facile moyen d'investigation, la laparotomie d'emblée n'est plus discutable et reste aujourd'hui le traitement de choix — Pour les contusions de l'abdomen en général, ou par C. P. C. [sans nous arrêter aux lésions du foie, des reins et de la vessie, dont la thérapeutique est moins sujette à controverse], pour ces contusions, nous croyons fermement que l'intervention chirurgicale doit être encore très réservée, car elle est aussi incertaine que le diagnostic. Si *le signe pathognomonique* de la perforation intestinale reste toujours à trouver, on ne saurait nier, que favorisée par une immobilisation parfaite, la réparation ne puisse se faire sans le secours toujours *nécessaire et hâtif* du bistouri.

Nous en voulons donner pour dernière preuve, ces mots de M. le Professeur Tillaux (1) :

« L'adhérence de deux surfaces péritonéales enflammées mises au contact, s'effectue avec facilité et une grande rapidité, mais à une condition, c'est qu'il ne se produira aucun mouvement entre elles. Or, on évitera ce mouvement en ordonnant au blessé le repos au lit le plus absolu, et en immobilisant l'intestin.

« Repos complet au lit, pour immobiliser le corps ;
« diète absolue et opium à l'intérieur, pour immobiliser l'intestin » tel est donc le traitement rationnel des contusions de l'abdomen.

1) Th. de Chir. Clin, t. 2, p. 5.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

I. — LAPARATOMIE. — MORT

25 CAS

OBSERVATION 1. — *Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. — Déchirure de l'intestin grêle. — Laparatomie. — Mort.* — Professeur DELORME (très résumée. In Bull. Soc. chir. 1895. t. 21 p. 228).

Un jour férié, le 26 mars 1894, vers 9 heures du matin, le cuirassier G..., Alexandre reçoit, à la distance d'un mètre environ, un C. P. G. dans la région cœcale. Sur le champ il perd connaissance et éprouve des douleurs vives dans l'abdomen.

G. est transporté à l'infirmerie, mis en observation le ventre recouvert de cataplates, et, l'après midi, il entre au Val-de-Grâce dans le service de M. le Professeur Delorme.

Vu par M. le médecin major Vieron, surveillant de semaine, il présente les symptômes suivants qui sont notés sur le champ par écrit : Faciès vultueux, non grippé ; pupilles normales ; respiration thoracique ; douleurs vives, généralisées à tout l'abdomen, même pendant l'immobilité la plus complète ; sensibilité à la pression surtout vive dans la région cœcale frappée, ventre non ballonné, souple ; matité hépatique conservée. Pas de hoquet, ni de nausées ni de vomissements. Le malade a rendu une fois depuis l'accident des urines normales. Pas d'émission de gaz ou de matières fécales depuis le matin. Pouls large et plein, à 80, température 38°,6. L'état de collapsus primitif s'est, au dire du malade, dissipé assez rapidement et au moment où on l'examine il a toute son intelligence et ne s'inquiète pas de son état. M. Vieron porte le diagnostic de « forte contusion de l'abdomen dans la région cœcale avec péritonite cir-

conscrite autour du point ou des points de l'intestin coutus » ; la perforation lui paraît peu probable et l'intervention ne lui semble pas indiquée. Il prescrit : l'immobilité absolue du ventre, les applications de glace, la diète presque complète. Une cuillerée de lait donnée par le médecin de garde est tolérée toutes les heures. Plusieurs injections de morphine, jusqu'à concurrence de 4 milligrammes sont pratiquées et 4 pilules d'opium de 1 centigramme doivent être données avant la fin de la journée.

Ce malade est surveillé toutes les heures par le médecin de garde. La nuit est calme ; vers 4 heures du matin, premier vomissement bilieux sans nausées préalables, constaté après un mouvement et peut-être dû à l'opium ingéré et injecté.

M. le Professeur Delorme absent la veille voit le malade à 8 heures et demie, avec M. Vieron, soit près de 24 heures après l'accident. Les douleurs généralisées à tout l'abdomen sont plus accusées que la veille ; le ventre est un peu ballonné ; il existe un léger tympanisme ; la matité hépatique est diminuée ; la respiration est surtout thoracique, le faciès est vultueux un peu grippé avec yeux cernés : le pouls petit bat 120 ; la température est de 36°,8. Se basant sur l'état du pouls, de la température, sur le faciès, la sensibilité du ventre, le tympanisme avec diminution de la matité hépatique, M. Delorme fait accepter au malade une intervention qui doit être curative, si possible, rester au besoin exploratrice et il éprouve quelques regrets à n'avoir pu la faire plus tôt.

Laparatomie presque exsangue, sous le chloroforme, en présence et avec l'assistance de MM. Dieu, médecin chef, Forgemol, Vieron. Tissu cellulaire péri-tonéal infiltré ; sous l'épiploon étendu en nappe et très vascularisé, issue d'un verre à bordeaux de pus louche, assez épais, sans odeur. Irrigation boriquée tiède ; les anses intestinales, agglutinées par des fausses membranes étendues en nappe, épaisses, et adhérentes, montrent entre elles une cavité où se trouvait le pus. Dissociation des adhérences, dans plusieurs points l'intestin paraît sain. Se portant dans la région du cœcum, siège probable du traumatisme M. Delorme explore, sans trouver de perforation, une anse recouverte de fausses membranes épaisses qui par son volume, sa direction, ses adhérences postérieures, ses rapports avec une autre anse transversale fixée à elle, lui paraît être le cœcum. Il ne trouve qu'une contusion ecchymotique antérieure sans solution de continuité ; il agrandit son incision au dessous de l'ombilic, continue les lavages et recherches autant que le permet-

tait l'état du malade (en imminence de syncope depuis l'augmentation de l'incision) et ne trouve pas trace de perforation. Il crut alors à une infection péritonéale déterminée par une plaie déjà oblitérée par les adhérences ou produite par le passage des microbes à travers la paroi contuse et non déchirée.

L'opération avait duré 1 heure un quart. Après cette intervention M. Delorme avait été frappé par l'apparition sur l'abdomen et surtout à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, de larges placards ecchymotiques produits au cours de l'opération et qui s'accompagnaient d'un suintement sanguin léger des gencives au niveau des incisives inférieures.

Après l'opération, violentes coliques ; envies d'aller à la garde-robe. Opium ; calme rapide. Pas de nausées ; pouls : 120 ; température : 36° 7.

A 4 heures, la température tombe à 36° ; calme, face grippée, sueurs froides, miction normale ; injections d'éther.

A 6 heures, plusieurs vomissements, coliques, pouls 130 très petit, dépressible ; continuation de l'opium ; piqûres d'éther.

A 7 heures, température 37° 4 ; pouls filiforme à 112, intermittent. Injections d'éther non senties. Intelligence nette ; quelques coliques ; face grippée ; respiration : 36.

A 9 heures et demie, pouls intermittent, très faible à 72 ; température 37° ; respiration : 38. Délire tranquille.

A 11 heures et quart, sommeil. Mort tranquille à 1 heure du matin.

Autopsie. — le 29 mars à 10 heures du matin : zébrures ecchymotiques de la peau de l'abdomen et de la cuisse gauche. Adhérence étendue de l'épiploon à la paroi ; pus en petite quantité entre les anses intestinales, surtout au delà des limites du champ exploré et près du foie. Malgré le jour laissé par l'incision en quatre de la paroi on ne distingue pas tout d'abord de perforation. En séparant les anses intestinales, on découvre dans la fosse iliaque droite, en arrière de l'une des anses de l'intestin grêle, une cavité du volume d'une petite orange, à parois tomenteuses, formées par le cœcum aplati et la fosse iliaque en dehors, l'intestin grêle en avant. Dans cette cavité qui renfermait du pus épais, s'ouvrait une perforation intestinale méconnue, béante, assez grande pour admettre librement l'index. De forme ovale, à grand axe perpendiculaire à celui de l'intestin, elle était située sur la face postérieure d'une anse d'iléon, à 40 centimètres de la valvule. Elle était entourée d'une zone peu étendue de contusion et de sphacèle. A 10

centimètres, sur la face antérieure recourbée de l'anse perforée existait encore une plaie contuse de teinte ardoisée, constatée au cours de l'opération et en voie de sphacèle. Rougeur uniforme des anses intestinales.

OBSERVATION 2. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Laparotomie. — Mort.* — Professeur DELORME. In *Bull. Soc. Chir.* 1893 t. 21 p. 228 (Très Résumée).

Le 10 janvier 1888 à 3 heures du soir, le nommé Boiss... Bazile, soldat au 14^e dragons, reçut du cheval voisin de celui qu'il pensait un C. P. au dessous de l'ombilic vers le flanc droit. —

Le coup fut oblique et, au dire très-explicite du malade, la distance qui le séparait de l'animal n'était pas assez grande pour qu'il ait pu être atteint par le pied complètement déplié, c'est-à-dire agissant avec son maximum de force. Perte momentanée de connaissance, vomissement immédiat. Il est transporté sur le champ à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de M. le professeur Delorme avec le diagnostic de contusion violente de l'abdomen.

A son entrée, sa face est pâle, ses traits quelque peu tirés. Il se plaint d'une douleur vive, brûlante dans le ventre qui le force à se déplacer constamment dans son lit. Ces mouvements étaient à tel point désordonnés qu'on avait constamment à craindre qu'il ne se blessât contre le cadre du lit. Le séjour au lit, lui était même si insupportable qu'il demanda au médecin de garde de lui permettre de se lever. Soif vive, calmée avec la glace et quelques cuillerées de limonade tartrique ; un vomissement dès l'entrée, pas de traces de contusion pariétale.

Immobilité. Diète. Compression abdominale. Opium. — Calme.

Le 11 janvier à 8 heures du matin, le malade est examiné à la visite avec le plus grand soin. Dans la région sur laquelle le choc a porté on ne constate pas de traces d'ecchymose, pas de signes de rupture musculaire ; le ventre n'est point ballonné, la matité hépatique est conservée. La paroi abdominale sans être souple n'est pas en état de contracture vigilante. La palpation ménagée de l'abdomen comme la percussion ne permet pas de décèler d'épanchement. La douleur à la pression est peu vive et le malade appuie lui-même la main sur la paroi. Le pouls est un peu rapide ; la température est de 38°, la face est pâle, les traits un peu tirés, les yeux enfoncés lé-

gèrement dans l'orbite et entourés d'un cercle noir peu accusé. Pas de selle. Miction la nuit. — Mis en observation, le blessé est traité par la diète d'aliments et de boissons ; la soif est trompée par quelques morceaux de glace, le ventre immobilisé par des bandages de corps doublés de couches épaisses d'ouate et l'intestin par des pilules d'opium (15 centigr. par pilules de 1 centigr. toutes les demi-heures.

A 11 heures du matin, le faciès péritonéal s'accuse, la douleur abdominale tout en étant généralisée est plus vive au niveau du petit bassin ; T. 38. Pouls rapide. Ventre rétracté, quelques nausées.

MM. les professeurs Poncet et Chauvel appelés en consultation ne sont pas partisans de l'intervention ; ils ne croient pas, comme M. Delorme à une perforation probable de l'intestin et à un début de péritonite. La laparatomie est reculée jusqu'à la 23^e heure. A ce moment le pouls était petit, rapide, la température descendue à 37°3, le ventre retractoré et le faciès péritonéal très marqué.

Avec l'assistance de MM. Poncet et Chauvel une laparatomie médiane est pratiquée. Œdème sous péritonéal. Etendue de l'ombilic au pubis, l'incision fait sortir une grande quantité de liquide louche brunâtre, sans odeur accusée et sans pus. M. Delorme cherche vers la fosse iliaque droite s'il existe une anse d'intestin lésée, et tombe sur un magma épais d'adhérences réunissant les anses intestinales avec des traces de contusion légère, sans solution de continuité. Après un lavage attentif du petit bassin et des flancs, M. Delorme referme le ventre.

Le malade succomba vers la 32^e heure dans le collapsus. A l'autopsie, liquide louche, surtout au niveau du petit bassin et du flanc gauche, où les intestins sont solidement agglutinés par des adhérences constatées pendant la vie ; épiploon retractoré, intestins phlogosés.

Après séparation des adhérences déjà très solides et dévidement de l'intestin, on trouve dans le flanc droit une perforation intestinale des dimensions de l'index, béante, divisée en deux par une languette de paroi contuse et presque détachée. Cette perforation qui siège sur la *partie postérieure* d'une anse de l'intestin grêle, à un mètre environ du duodénum, était béante dans la cavité d'un abcès de la grosseur d'un marron, abcès bien limité et encapsulé par l'intestin, les adhérences et la paroi. L'intestin grêle était dilaté au-dessus et au-dessous de la perforation.

Au moment du premier examen, il avait été noté dans l'observation que le pronostic tout en étant réservé, n'était pas regardé comme très grave, et que l'obliquité du coup, le choc reçu alors que le pied du cheval n'avait pas subi tout son développement, le peu d'intensité de la réaction nerveuse, la quiétude du malade, la diminution assez rapide des douleurs, l'absence de ballonnement, d'épanchement et de contracture de la paroi, la température presque normale atténuaient la valeur des signes tirés des douleurs immédiates excessives accompagnées d'un vomissement et d'un fa ciès péritonéal peu accusé.

Ce fut l'accentuation, en quelques heures de ce faciès, la diminution de la température avec petitesse du pouls qui poussa à l'intervention.

M. Delorme remarque que dans cette observation, comme dans la précédente, le choc n'avait pas été dirigé d'une façon telle, que l'intestin ait pu être pris entre la colonne vertébrale et le corps vulnérant. La lésion correspondait à une anse logée dans le flanc. D'un autre côté il est encore à relever que la déchirure portait sur la paroi postérieure de l'intestin. Cette donnée est à retenir, car au cours d'une laparatomie sans dévidement de l'intestin, cette lésion postérieure échapperait à la vue.

OBSERVATION 3. — *Perforation de l'appendice consécutive à un traumatisme de l'abdomen par C. P. C.* — (Professeur DELORME. Société de Chirurgie, juin 1896. *In Bull. Méd.* 28 juin 1896).

Dol..., Victor, cavalier de 2^e classe au 4^{er} régiment de cuirassiers, sans antécédent abdominal, reçoit dans la nuit du 26 au 27 mai 1896, à minuit, un C. P. C. à la distance d'environ 50 centim. Le traumatisme fut assez violent pour renverser l'homme et porta, au dire du malade, sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Ce blessé continua son service de garde d'écurie, alla se coucher sur une botte de paille, souffrant dans la région traumatisée.

Le 27. Le lendemain le malade se plaint de coliques dans tout le ventre, il ne peut marcher que courbé ; le moindre mouvement exagère les douleurs. Le ventre est légèrement ballonné. Pas de nausées, pas de vomissements, pas de hoquets. Constipation et rétention d'urine. Le malade n'urina que dans la nuit qui suivit l'accident vers 4 heure du matin. Les urines n'étaient pas sanglantes.

Le malade s'étant plaint seulement de coliques et n'ayant pas parlé de son traumatisme est seulement exempt de cheval.

Dans l'après-midi les symptômes augmentent d'intensité. Les douleurs surtout prennent un caractère d'acuité extrême. Elles affectent la forme de tranchées et sont généralisées à tout le ventre. Pas de vomissements ni de hoquet. Le faciès est vultueux, non grippé, et la température s'élève à 39°.

Dans un intervalle de rémission, à 5 heures, le malade qui avait pris quelques instants auparavant une potion laudanisée, mange et garde sa nourriture. Nuit sans sommeil, mêmes douleurs.

Le 28. Le malade est vu par le médecin du corps et envoyé d'urgence au Val-de-Grâce, avec le diagnostic de péritonite.

Etat actuel. — M. le professeur Delorme vit le blessé à 11 heures du matin le jeudi 28. Le faciès ne présente rien de caractéristique, il n'est pas altéré, cependant les yeux sont cernés d'un cercle noir peu marqué. Le visage est reposé. Respiration régulière, 40. Pouls plein, 120. La température à la main n'est pas élevée, mais le thermomètre marque 38°8. Le ventre dont la paroi ne présente aucune trace de suffusion sanguine, est à peine ballonné. Il l'est surtout dans la région épigastrique. Il est douloureux dans toute son étendue antéro-latérale, un peu plus au niveau du flanc droit. Ces douleurs sont réveillées avec la même intensité par la palpation profonde et le *pincement léger de la peau*. Ce pincement les révèle plus aiguës au niveau de la région cœcale sur laquelle le malade n'attirait pas tout d'abord l'attention. Pas de météorisme dans la région hépatique, pas de matité dans les flancs.

Après avoir vidé la vessie, le toucher rectal dans le cul de sac recto-vésical est douloureux. Evacuation par sonde de plus d'un litre d'urine normale. Submatité des flancs. Constipation depuis l'accident. Pas de nausées, ni de vomissements. Langue humide et un peu sale. Le malade répond très bien ; il n'est ni agité, ni inquiet, ni déprimé. Une note rédigée séance tenante indique le sentiment du médecin traitant, et de son collègue M. le professeur Robert appelé en consultation, sur la non opportunité d'une intervention immédiate.

A 2 heures, les douleurs sont un peu moins vives depuis l'immobilisation du ventre, les yeux semblent un peu plus cernés. Température 38°9. Pouls 110, toujours pas de nausées ou de vomissements. On se décide, pour éviter tout regret, à faire une boutonnière médiane et, dans le cas de péritonite suppurée, à laparotomi-

ser le malade, à laver le péritoine et à rechercher la perforation intestinale. En raison de la direction du coup, c'était très probablement sur le petit intestin qu'on devait trouver cette dernière.

Faite sous le chloroforme avec l'assistance de M. le médecin-major Petit, la boutonnière donne issue à un jet de sérosité purulente, non odorante, jaune ; on fait alors la laparotomie médiane, on fait passer dix litres d'eau bouillie dans le péritoine, et après l'avoir lavé à fond et vite avec des tubes de caoutchouc portés avec le doigt en tous sens, surtout dans le petit bassin, on repère un point d'intestin grêle, et, par fragments de 25 à 30 centimètres, on examine ses deux segments sub et sous-jacents au repère sans trouver de déchirure. Il est seulement congestionné et dilaté. De distance en distance il présente quelques traces de suffusion sanguine sous-péritonéale.

Le pus recueilli est aussitôt examiné par M. le professeur agrégé Lemoine, dans le but de s'assurer de l'opportunité d'injections de sérum antistreptococcique. On eut fait ces injections peu après la laparotomie au cas où l'examen bactériologique eut démontré la présence du streptocoque. Ce pus ne renfermait que du *bacterium coli*.

Sutures par plans, drain, pansement compressif, opium, diète complète d'aliments, presque complète de boisson. Durée de l'opération une heure. Pas de choc. Nausées, vomissements chloroformiques.

L'amélioration ne fut que momentanée. La température baissa le soir de l'opération mais le pouls restait très rapide. La nuit fut agitée.

Le lendemain, dans la matinée, le pouls bat 120, 130 ; vers midi il est imperceptible ; la température est alors de 38°3. Les extrémités se refroidissent, le faciès péritonéal s'accuse, et le malade, qui à trois heures racontait avec lucidité son accident à son officier, succombe brusquement dans le délire, à 4 heures 15, soixante-quatre heures après le traumatisme.

A trois heures une injection sous-cutanée crurale de 400 grammes de sérum artificiel de Hayem et des injections de caféine et d'éther avaient été faites sans amener le relèvement du pouls.

A l'autopsie, on ne trouva dans la cavité péritonéale qu'une quantité de liquide louche insignifiante. Le péritoine avait donc été bien lavé. Les anses d'intestin grêle dilatées, mais peu congestionnées,

étaient agglutinées par des adhérences fibrineuses. Dans aucun point cet intestin ne présentait de solution de continuité ; par place, on retrouvait les suffusions sanguines sous-péritonéales constatées pendant la laparotomie. Le gros intestin, ainsi que les autres organes abdominaux, étaient intacts. La cause des accidents eut été méconnue si, négligeant de dégager le cœcum du bloc d'adhérences qui l'unissait à la paroi abdominale et à l'intestin grêle, on n'eut trouvé derrière lui l'appendice replié et représentant à sa partie inférieure, près de son abouchement cœcal, une petite perforation de 4 à 5 millimètres.

Cet appendice avait 8 centimètres de long, 3 1/2 de diamètre. Turgescent, à parois épaisses, excepté près de sa base, où celles-ci étaient très amaîncies, il contenait dans son intérieur un calcul fécal gros comme un haricot. Sa cavité ne présentait pas de rétrécissement.

Ce blessé a donc succombé aux progrès d'une infection déjà produite au moment du lavage du péritoine. M. Delorme ajoute : « Je me suis demandé si l'appendice avait été directement perforé par le C. P. C., mais les renseignements du blessé affirmant que le coup de pied avait été porté presque sûrement dans la région sous-ombilicale et non dans le flanc droit, l'absence d'ecchymose sur la paroi à droite, enfin, l'intégrité d'un calcul appendiculaire friable qui aurait été broyé si le C. P. C. avait porté à son niveau, me font plutôt penser que l'appendice, dont la paroi était déjà altérée, amaîncie avant le traumatisme, a dû céder sous l'influence de la pression subite des gaz ou des liquides intestinaux brusquement projetés de la cavité du gros ou du petit intestin dans son intérieur. C'est l'hypothèse la plus plausible car la brusquerie des accidents survenus immédiatement après le traumatisme ne permet pas de s'arrêter un instant à l'idée d'une simple coïncidence entre la perforation appendiculaire et le traumatisme abdominal. »

OBSERVATION 4 (Résumée). — *Constitution de l'abdomen par C. P.*

C. — *Rupture de l'intestin grêle. — Laparatomie. — Mort, —*
(BOUILLY, in *Bull. et M. Soc. chir.*, 1883, p. 699).

Homme 29 ans. Double C. P. C. un peu au-dessous de l'ombilic. Vives douleurs. Vomissements. Le soir, signes d'une péritonite au début. T. 37°, (11 juin 1883).

Traitement : Cataplasmes. Extrait thébaïque (0, 05) glace.

Le 12, aggravation des symptômes. Vomissements incessants, bilieux, verts foncés. Pas de gaz, pas de selles. Urines claires, limpides.

Pouls petit, fuyant. T. 37° 8.

Intervention 23 heures après l'accident, incision médiane sous-ombilicale de 10 à 12 centimètres. Issue d'un liquide bien noirâtre, abondant, mélangé de parcelles fécaloïdes. L'intestin dévidé sur une longueur de 1 mètre présente sur un point un commencement de gangrène, et 5 ou 6 centimètres plus loin, une perforation grande comme 50 centimes sur le bord couvert de l'intestin. Résection des parties malades sur une étendue de 10 centimètres. Suture de Lembert. Lavage et drainage du péritoine.

Le 13 à 9 heures du soir : débacle intestinale, établissement spontané d'un anus artificiel.

Le 20, malgré une exploration très soigneuse de l'anوس contre nature, le malade est pris d'un frisson violent dans la journée. Douleurs intenses, ballonnement du ventre.

Le 21. Mort dans la matinée, dixième jour après l'accident.

A l'autopsie : La suture intestinale avait cédé sur sa moitié antérieure par suite de la nécrose des bouts intestinaux. Les adhérences qui s'étaient établies avec les anses voisines avaient été en partie rompues lors du dernier examen et les matières fécales avaient pu fuser dans le petit bassin.

OBSERVATION 5 (résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Rupture complète de l'intestin grêle avec déchirure d'une veine du mésentère.* — *Laparatomie.* — *Mort.* — (CHAPUT, in th. Gachon Paris 1895, p. 73).

C..., 25 ans, entre le 24 septembre 1888 pour un C. P. C. reçu le matin à 7 heures au niveau de la région ombilicale. Renversé par le choc, entre à l'hôpital 4 heures après.

Dans la journée, pas de vomissements. Douleurs très vives à la pression. Deux mictions : urine normale. Ventre non ballonné. Pas d'ecchymose.

Le soir, T. 38°. Douleur moindre. Nouvelle miction. Vomissements muqueux à deux reprises. Piqûre de morphine. Compression ouatée.

Le 25. T. 37° 4. Augmentation des douleurs. Pas d'urine depuis la veille au soir 6 heures. Pas de nouveaux vomissements. Facies péritonéal. Pouls très faible et rapide. Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression. Vomissements verdâtres. Langue sèche. Pouls petit, misérable.

Intervention 28 heures après l'accident. Péritonite. Épanchement d'un ou deux litres de liquide ressemblant à du sang. Déchiruré saignant abondamment du mésentère de 1 cent. 1/2 de longueur environ. Rupture complète de l'intestin grêle à 1 m. 50 du duodénum. Lavage du péritoine. Ligature en masse des deux bouts de l'intestin et fixation à une broche qui les maintient entre les lèvres des parois abdominales. Drainage.

Après l'opération collapsus profond. Pouls 160. Dans la journée, délire. T. 39° 8. Mort presque subite 4 heures après l'opération, 34 heures après l'accident.

A l'autopsie : on constate que la rupturs siégeait à 1 m. 35 du duodénum.

OBSERVATION 6. (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de la demi-circonférence de l'intestin grêle. — Laparotomie. — Mort.* — (CHAPUT. In thèse Gachon, Paris 1895, p. 79).

X., reçoit le 15 novembre 1888 un C. P. C. dans la région ombilicale. Tombe sans perdre connaissance, vive douleur au point contus. Le soir : vomissements.

Le 16. Vomissements verdâtres. Hoquet.

Le 17. Température au-dessus de la normale. Extrémités froides. Ventre très sensible. Vomissements persistants. Pouls petit. Facies péritonéal. Léger ballonnement du ventre.

Intervention : après l'incision du péritoine, il sort une certaine quantité de pus, puis du liquide fétide mélangé de gaz. Masse indurée au niveau de laquelle existe une déchirure de la demi-circonférence de l'intestin. Lavage, drainage.

Le 18. Mort à 2 heures de l'après-midi, quatre jours après l'accident.

A l'autopsie : petite ecchymose sous-péritonéale en arrière du colon ascendant. La suture avait bien tenu. Tous les autres organes sont sains.

OBSERVATION 7. (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. Déchirure du foie. — Laparatomie. — Mort.* — (CHAPUT, In thèse Gachon, Paris 1895. p. 92. *Bull. soc. de chir.* 1895. p. 231).

B..., 26 ans, reçoit le 21 avril 1891 à dix heures du matin un C. P. C. dans l'hypochondre droit. Renversé par le choc. Douleur légère au point frappé. Température normale. Pouls rapide mais plein. A minuit : premier vomissement bilieux suivi de plusieurs autres.

Le 21. T. 37°6. Pouls petit et fréquent. Respiration courte. Ventre légèrement ballonné, dur. Facies grippé. *Opération* à midi : congestion intense des anses intestinales. Épanchement sanguin d'environ 400 grammes dans le péritoine. Dévidement de l'intestin qui est intact. On trouve sur la face inférieure du foie, à droite de la vésicule, une fissure antéro-postérieure longue de quelques centimètres et peu profonde. Hémostase avec un tampon de gaze iodoformée fixée aux lèvres de la fissure hépatique par quelques points de suture.

Durée de l'opération 2 heures, rendue difficile à cause de la tension des parois abdominales et de l'issue des anses.

Le soir. T. 37°2. A partir de minuit vomissements.

Le 23. T. 36°5. Pouls incomptable. Mort à 9 heures du matin. 47 heures après l'accident. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 8. *Contusion de la région épigastrique par C. P. C. — Rupture du pancréas et de la veine splénique. — Laparatomie. — Mort.* — CHAPUT. (In th. Gachon Paris, 1895, p. 100. *Bull. soc. chir.* 1895, p. 230).

Homme de 48 ans, reçoit en pleine région épigastrique un C. P. C. Tombe sans connaissance, ne peut se relever. Vomissements de matières alimentaires mêlées de sang. Évacuation considérable de matières par l'anus. A son entrée à l'hôpital, hypothermie. Pouls radial imperceptible. Peu de connaissance. Douleur très vive à la région épigastrique qui est tendue. Pas de matité anormale. Pas d'ecchymose. Glace sur le ventre. Piqûres d'éther. Le soir à 7 heures : refroidissement. Pas de pouls radial. État très grave. Région épigastrique ballonnée, très douloureux à la pression. *Laparotomie* : cinq heures après l'accident. Estomac et gros intestin ecchymosés,

refoulés en avant par un épanchement sanguin considérable. Deux litres de caillots sont évacués de l'arrière cavité des épiploons. Rupture franche du pancréas, dont les deux bouts sont écartés de 6 à 8 centimètres, et saignent abondamment. L'hémorrhagie venait d'être arrêtée avec des pinces à pédicule lorsque le malade cessa de respirer. La respiration artificielle, l'électrisation du malade pendant une heure, les injections intra-veineuses d'eau salée furent sans résultats.

A l'autopsie : rupture de la veine splénique.

OBSERVATION 9. — *Enfant de 10 à 12 ans. — C. P. C. datant de 36 heures. — Péritonite. — Pouls à 160. — Laparotomie. — Rupture large, mais incomplète de l'intestin. — Mort pendant l'opération. —* (CHAPUT, *Bull. soc. de chir.* 1895, p. 232.)

OBSERVATION 10. — *Contusions de l'abdomen par C. P. C. — Double rupture de l'intestin grêle. — Laparotomie. — Mort. —* (CHAPUT, in th. Gachon, Paris, 1895.)

Homme reçoit le 7 juin 1895 à 5 heures du matin un C. P. C. dans l'abdomen à bonne distance. Entre à l'hôpital douze heures après l'accident :

Ventre ballonné et douloureux. Pouls filiforme. Vomissements porracés. Laparotomie 16 heures après l'accident. Épanchement d'un liquide semblable à du bouillon sale, mais non fétide. Lavage du péritoine. Dévidement. Eviscération. On trouve sur l'intestin grêle deux ruptures distantes de 20 cent. l'une de l'autre : la supérieure comprenait les quatre cinquièmes de la circonférence de l'intestin, l'inférieure était une rupture totale. Résection de l'anse intermédiaire. Etablissement d'un anus contre nature.

Le 8 juin, T. 35°. Mort 31 heures après l'accident. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 11. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin. — Laparotomie. — Mort. —* (RECLUS, in *Bull. Soc. Chir.* 1895, p. 262.)

Homme. C.P.C. reçu à pleine volée. Douleur vive au niveau de

la région hépatique. Zone tympanique significative. Dissociation nette entre la température et le pouls (37° et 100 pulsations.)

Laparotomie dix heures après l'accident.

Péritonite généralisée. Section nette de l'intestin. Epanchement de matières fécales dans le péritoine. Suture. Lavage.

Mort au bout de six heures.

OBSERVATION 12. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. - Laparotomie. — Mort. —* (D^r WALTHER, in *Bull. Soc. Chir.* 1895, p, 204.)

Le 16 décembre 1894, M. le D^r Walther est appelé à l'hôpital Beaujon pour un palefrenier de 40 ans, qui venait de recevoir un violent C. P. C. dans la région abdominale. La gravité des signes observés l'a conduit à faire une laparotomie exploratrice ; il y avait section complète et attrition du jejunum à peu de distance du duodénum. On fait avec toute la rapidité possible, la résection de l'intestin, suivie d'entéroraphie.

Le blessé a succombé le lendemain matin.

OBSERVATION 13. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure du foie et rupture de l'intestin. — Laparotomie. — Mort. —* (ANNEQUIN, in *Sieur, Arch. gen. méd.* t. 32. p. 55, 1893).

Homme, 23 ans, reçoit au niveau du rebord des fausses côtes droites, un double C. P. C. ; pas de perte de connaissance. Dans la journée, pouls faible, abaissement de température, ventre retracté, douloureux au niveau de l'hypochondre droit ; matité dépassant les fausses côtes. Le lendemain, dans la soirée, symptômes de péritonite au début. Intervention.

Incision de 18 cent. Sur le bord interne un muscle droit à droite, issue d'un flot de sang noirâtre, qui paraît venir de la partie médiane du ventre. Pouls filiforme ; on arrête l'hémorrhagie par une compression en masse.

La masse intestinale étant attirée au dehors, on ferme par une suture au catgut une petite déchirure de 5 à 6 milim. La main introduite sous le foie rencontre une ligne rugueuse aboutissant au sillon transverse et donnant la sensation d'une déchirure. On la tam-

ponne simplement avec de la gaze antiseptique, vu l'état de collapsus. Compression ouatée sur tout l'abdomen ; amélioration passagère puis mort par aggravation des phénomènes de shock. Autopsie : déchirure du foie allant transversalement de la face convexe à la face concave, mesurant 15 cent. sur la première et 8 sur la seconde. Gros canaux biliaires intacts. Rupture incomplète de la veine porte au niveau de sa division dans le sillon transverse.

OBSERVATION 14. (Résumée) — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'intestin grêle. — Laparatomie. — Mort.* — (VAUTRIN, in Nimier. *Arch. Méd. Mil.* p. 441, 1893).

S. J., reçoit le 17 janvier 1893, à 8 heures du matin un C. P. C. dans le côté droit de l'abdomen au niveau de la fosse iliaque. Renversé par le choc, mais pas de syncope.

Cinq heures après l'accident douleur très vive, exagérée par la pression. Pas d'ecchymose. T. 38°9. P : 102, Pouls fréquent, fort mais régulier.

Traitement : Sachet de glace sur la région douloureuse. Amélioration. Pas de nausées. Quelques vomissements bilieux. Ventre non ballonné.

Dans la nuit : peu de sommeil. Une potion peut être absorbée par le blessé, sans vomissements.

Quelques nausées. Miction spontanée.

Le 18 : T. 38°2. P. 120. Pouls fréquent, petit, mais régulier. Facies cyanosé. Respiration normale. Ventre ballonné. Les anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale. Même douleur à la pression. On discute la laparatomie en concluant à l'expectation. Traitement médical. Le soir, T. 38°5. Pouls 125.

Nuit calme, mais coliques subites et violentes nausées. Quelques gaz par l'anus. Miction, pas de selles.

Le 19 : T. 38 ; P. 107. Tympanisme. Soir T. 37°5 ; P. 118.

Nuit mauvaise. Violentes coliques. Fréquentes nausées. Quelques gaz pas l'anus. 2 mictions.

Le 20 : T. 37°5. P. 102. Facies péritonéal. Crachats rouges : à l'auscultation, congestion de la base du poumon droit. Toute la région sous ombilicale est maintenant douloureuse à la pression.

Une incision exploratrice ayant laissé échapper un liquide jaunâtre, séro-purulent avec des fausses membranes, on pratique la la-

Laparotomie 73 heures après l'accident. A 1^m20 du cœcum, perforation de 2 à trois centimètres de longueur. Bords boursoufflés. Noirâtres. Suture de Lembert. Lavage. Drainage. Anesthésie sans aucun accident, durée de l'opération : deux heures.

Le soir : P. 122. Légère amélioration mais mort à 4 heures du matin après un effort de vomissement, le quatrième jour après l'accident. A l'autopsie : Péritonite de la région sous-ombilicale. L'intestin grêle et le côlon transverse sont remplis de gaz. A l'incision de l'anse blessée on constate un rétrécissement assez notable du calibre et la saillie des lèvres de la suture.

OBSERVATION 15. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture totale de l'intestin grêle. — Laparatomie. — Mort.* — (NÉLATON, in thèse Gachon. Paris 1895, p. 68).

Homme 21 ans, reçoit le 11 décembre 1893 à 2 heures du soir, dans la fosse iliaque gauche un C. P. C.

Le 12 au matin, état assez bon : très léger météorisme, dissociation du pouls et de la température. Douleur localisée très vive à gauche. Pas de vomissements. M. Nélaton hésite à intervenir, mais M. Félizet voit le malade, et, en se basant sur la dissociation du pouls et de la température, on se décide à opérer.

Intervention 21 heures après l'accident. Rupture totale, circulaire d'une anse de l'intestin grêle. Par l'ouverture de l'intestin, et à même le péritoine, on retire 0, 50 cent, de tœnia, nageant au milieu d'un demi-litre de sang.

Enterorrhaphie circulaire. Mort au bout de 24 heures.

A l'autopsie : on retrouve deux petites perforations passées inaperçues pendant l'opération.

OBSERVATION 16 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Péritonite aigüe. — Laparatomie. — Mort. — Contusions multiples des viscères, mais pas de perfection.* (CHAVASSE. *Bull. Soc. chir.* 1885, p. 123-129. — CHAUVEL, *Revue de Chirurgie*, 1885).

Homme 23 ans. Santé antérieure excellente, reçoit le 29 septembre 1884 un double C. P. C. dans la région épigastrique. Renversé

sans perdre connaissance. Deux heures plus tard, vomissements bilieux.

Le 30 : face injectée. Traits tirés. Vive douleur épigastrique. Ventre aplati, presque rétracté, sonore dans toute son étendue ; pas de selles. Miction facile. Pouls : 70, plein, non dépressible ; respiration un peu irrégulière. T. 37° 8. Le soir : pouls 100. Respiration 22 par minute. T. 38° 4. Traitement : diète absolue, glace, pansement ouaté.

Le 1^{er} octobre : Aggravation de tous les symptômes. Grande anxiété. Léger ballonnement du ventre. Constipation persistante. 2 vomissements bilieux du matin au soir. T. 37° 2 puis 38° 4 ; P. 108, 116, 104 ; R. 14, 40, 32.

Le 2 : face terreuse, pouls petit, ventre très ballonné. On intervient bien que l'issue paraisse fatale à très bref délai.

Nombre d'anses intestinales sont amenées au dehors, examinées avec soin. Pas de perforation, pas d'exsudats, pas d'adhérences. On trouve le colon transverse contus en deux points, mais non déchiré. Le mésocolon infiltré de sang, sans odeur stercovale. Réduction très pénible de l'intestin en raison de son extrême distension. Après une minutieuse toilette, on referme le ventre.

Durée de l'opération : une heure, avec une tendance à la syncope accentuée pendant l'examen de l'intestin.

Le 3 : la péritonite fait de nouveaux progrès. T. 37° ; P. 105 à 110 ; R. 30 à 32. Un drain est introduit dans le péritoine par la plaie.

Le 4 : T. 36° 7 ; P. 110 à 115 ; R. 20 à 24.

Le 5 : Mort à midi, 7 jours après l'accident.

A l'autopsie, on ouvre dans le péritoine une sérosité roussâtre, sans odeur, la péritonite moins prononcée autour de l'incision est surtout interne dans les parties déclives ; outre les contusions de l'épiploon, du mésocolon, du colon transverse, on constate une contusion violente de la moitié du pancréas et de l'enveloppe celluleuse du rein droit. Toutes ces lésions avaient été produites par pincement direct entre le fer et la colonne vertébrale.

OBSERVATION 17. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.* — *Laparotomie.* — *Mort.* — (GUINARD, Congrès de chirurgie 1896. Séance du 21 octobre), in *Méd. Mod.* 1896, p. 662.

X... reçoit un violent C. P. C. sur l'abdomen en mai 1896. La-

parotomie 36 heures après l'accident. Rupture de l'intestin avec issue des gaz et des matières dans la cavité péritonéale. Mort 26 heures après l'opération, malgré des injections à doses élevées, de sérum artificiel dans les veines.

OBSERVATION 18. (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Laparotomie. — Mort 12 heures après l'opération.* (DARDE, in *Arch. Med. Mil.* 1895, avril.)

L..., 24 ans, chasseur. Santé antérieure excellente. Reçoit le 29 novembre 1894, à 3 heures du soir, d'un cheval qui était à sa gauche, un C. P. dans le bas flanc. Renversé par le choc. Perte de connaissance.

Vu un quart d'heure après l'accident : le blessé est assis sur une chaise, le corps courbé en avant et ses coudes appuyés sur une table. Facies pâle, inquiet. P. 90, régulier, mais faible. Voix éteinte. Vives douleurs au niveau de l'ombilic où il croit avoir été atteint. Quelques nausées. Pas de vomissement (Le blessé était à jeun). Pas d'ecchymose. Vive douleur à la pression au niveau et autour de l'ombilic, surtout à droite.

Transporté à l'hôpital : Un vomissement pendant le trajet.

Traitement : lavement laudanisé. Vessie de glace, diète absolue. Glace à sucer. Le soir à 9 heures 1/2. Pouls plus fort. 88. T. 38° 2. La douleur abdominale persiste. Pas de nouveaux vomissements.

Le 30. Insomnie. Quatre ou cinq vomissements bilieux non sanguinolents. Un demi litre d'urine normale dans la nuit. Au matin : facies bon, non grippé. T. 37° 8. P. 90 faible. Langue un peu sèche. Douleur abdominale toujours vive à la pression. Pas de ballonnement, plutôt rétraction. Pas de tympanisme au-dessous du foie. Même traitement. Dans la journée, on retire par le cathétérisme un demi litre d'urine un peu rougeâtre. Pas de gaz ni de matières par l'anus. T. (S) 38° 3. P. 96, toujours faible. En présence de cet état l'expectation reste indiquée.

Le 1^{er} décembre. Dans la nuit, quelques vomissements bilieux peu abondants. Agitation. Au matin : facies pâle, yeux cernés. T. 38°. P. 116, petit, filiforme mais régulier. Pas de vomissements depuis quatre heures du matin. Légère tuméfaction (entre l'ombilic et le pubis) dure et mate à la percussion. Pas de météorisme. Pas de tympanisme. Vive douleur à la pression, surtout à la région

sous-ombilicale. Anurie persistante. On ramène par le cathétérisme une urine claire, légèrement rougeâtre.

Intervention à 2 heures 3/4 du soir : Incision médiane. A l'ouverture : issue d'un liquide rougeâtre de quelque abondance. Forte congestion des anses intestinales. Adhérences. Exsudats surtout épais dans les fosses iliaques. L'éviscération aussi totale que possible ne permet pas de découvrir la moindre lésion. On arrête les recherches, l'opéré étant très faible. Grande difficulté pour rentrer les anses intestinales. Toilette. Drainage à la gaze iodoformée. Injections d'éther. Délire. Agitation. Mort 12 heures après l'opération ; 58 heures après l'accident.

A l'autopsie : on trouve à l'extrémité inférieure du duodénum une perforation de la dimension d'une pièce de 1 franc, à 23 centimètres de l'orifice pylorique. La muqueuse forme un ourlet par son adhérence avec le feuillet péritonéal. Symétriquement à cette perforation : légère infiltration ecchymotique de la paroi opposée du duodénum. Le reste de l'intestin et tous les autres organes sont sains.

OBSERVATION. 19. (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Rupture du colon transverse.* — *Laparatomie.* — *Mort.* —
(CROFT in the Lancet. Janvier 1891, p. 142).

Homme de 23 ans, reçoit un violent C. P. C. à 4 heures 30 du matin, le 1^{er} janvier 1891.

[Au moment de l'accident cet homme se trouvait dans un état de santé très défavorable. Il cherchait, en effet, depuis quinze jours du travail, et en avait enfin trouvé alors qu'il était à demi mourant de faim.] Renversé par le choc. Perte de connaissance. Collapsus aigu. Sueurs froides. Dyspnée. Vive douleur dans le côté gauche.

A son entrée à l'hôpital, dans la journée, souffrance moindre. Pouls faible, 80. Respiration haletante, 40. Abdomen rigide et très douloureux au toucher surtout à gauche et au niveau de l'ombilic. En ce point on voit une petite marque semblable à une meurtrissure sous-cutanée. Lèvres décolorées. Peau froide. T. 97°4 (F). 39°1 (C). Quelques gouttes d'urine normale sont retirées par le cathétérisme. Vomissements de liquide brunâtre non sanguinolent. Traitement : sédatifs internes et externes. A minuit : T. 98°4 (F). 39°3 (C).

Le 2, à 4 heures du matin : T. 100° (F). 40° (C). ; P. 110°.

Langue sèche et comme recouverte d'un enduit.

A 6 heures du matin, Croft examine le blessé et en présence des symptômes très manifestes d'une péritonite suraiguë septique, il décide l'exploration immédiate de la cavité abdominale.

Intervention, (quinze heures après l'accident).

Incision ayant son centre à l'ombilic.

A l'ouverture de l'abdomen, issue d'une grande quantité de liquide trouble avec grumeaux de lymphe. L'épiploon entre le côlon et l'estomac est fortement ecchymosé. Le côlon transverse est déchiré : les bords de la déchirure sont en lambeaux, et souillés de matières fécales. La déchirure a trois quarts de pouce de diamètre. Le péritoine environnant est déchiré. Chose remarquable : le liquide épanché n'a pas une très mauvaise odeur. Suture de Lembert pour le côlon transverse. La lacération du péritoine est réparée par trois sutures. Lavage soigneux de la cavité péritonéale avec une solution boriquée chaude. Toilette. Durée de l'opération : une heure et demie.

Le patient supporte très mal l'opération, et on eut recours successivement à des injections de brandy et d'éther. Malgré tout les stimulants le blessé meurt dans le collapsus à 6 heures 20 du soir, neuf heures après l'opération ; vingt-six heures environ après l'accident.

A l'autopsie : très léger épanchement de liquide sanglant dans la cavité péritonéale. Pas d'autres lésions intestinales. Les sutures sont intactes et résistent à une injection d'eau et à une insufflation d'air.

Très légère hémorrhagie sous-capsulaire du foie. Poumons fortement congestionnés et oedématiés surtout aux lobes supérieurs ce qui tient sans doute, ajoute Croft, à une longue anesthésie.

OBSERVATION 20 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Péritonite suraiguë consécutive.* — *Laparatomie 24 heures après le traumatisme.* — *Mort 10 heures après l'opération.* —
(L'opération a été pratiquée par M. le médecin major Franck, assisté de M. le médecin principal Ferron qui nous a gracieusement communiqué cette observation).

X... soldat au 7^{me} escadron du train, reçoit un C. P. C. sur l'abdomen (aussitôt après son déjeuner) le 13 mars 1894 vers 11 heures du matin. Placé à une faible distance de l'animal, il est projeté à terre,

il ne peut se relever. On le transporte à l'infirmierie et de là après lui avoir fait une injection de morphine à l'hôpital mixte de Besançon.

A son entrée : vomissements alimentaires qui se renouvellent jusque vers 2 heures 1/2. Douleur profonde dans la région hypogastrique, refroidissement, pouls fréquent, petit.

Vers 5 heures et demie, le blessé qu'on a cherché à réchauffer (P. 96, faible ; T. 38°) accuse à la palpation du siège du traumatisme, surtout au-dessous de l'ombilic, une sensibilité excessive, qui diminue à mesure que l'on s'éloigne de la ligne médiane ; elle est très-peu accusée dans la région sus-ombilicale.

Région vésicale, tendue, douloureuse ; le blessé qui avait uriné peu d'instant avant d'être atteint, est sondé : l'urine recueillie est claire, normale. Traitement : glace intus et extra, pilules d'extrait thébaïque à 0,01 toutes les heures, champagne frappé. Nouveau cathétérisme. Vers dix heures ; nuit d'abord assez calme ; vers 3 heures, vomissements bilieux, gémissements incessants.

Le 14. Vers 8 heures, vomissements de matières noirâtres, facies grippé, ventre ballonné, T. 38°2 ; P. 126 ; T. 36. La laparotomie est décidée. Elle est pratiquée vers 3 heures du soir par M. le médecin major Frank, assisté de M. le docteur Ferron, médecin chef et de MM. les médecins majors Kablé et Grandgury — malgré l'aggravation des symptômes. Pouls filiforme. Vomissements fécaloïdes, sensibilité étendue à tout l'abdomen. T. 37°4. Incision médiane. A l'ouverture du péritoine, écoulement abondant de liquide louche ; aspect violacé des anses intestinales et du mésentère. Adhérences nombreuses, facilement détruites à la main ; dépôts sur l'intestin de fausses membranes et d'ilôts, de pus concret. Dans la fosse iliaque droite collection purulente, péritonite ; du côté gauche, l'apparition de matières fécales liquides conduit sur une anse de l'intestin grêle qui présente sur un bord convexe une déchirure du diamètre d'une pièce de 1 fr. à bords noirâtres et contus. Isolement de l'anse, suture Lembert Czerny. Lavage de la cavité abdominale à l'eau bouillie boriquée chaude. Sutures. Drainage etc.

Pendant l'opération : plusieurs alertes, le pouls fléchit, la respiration s'arrête, on pratique la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue. Durée de l'opération : une heure. Injections d'éther, de caféine, boules d'eau chaude. A 9 heures du soir : Intelligence nette. Plaintes. Corps couvert de sueur. Vomissements de matières fécaloïdes. R. 60 ; P. incomptable. Glace, champagne.

Mort vers 2 heures du matin, près de 40 heures après l'accident.

Autopsie : Epanchement purulent abondant dans la cavité abdominale. Distension des anses intestinales de couleur lie de vin agglutinées, exsudats fibrineux. Pas de matières fécales. L'occlusion de la perforation est parfaite. Celle-ci siégeait sur l'intestin grêle, vis à vis du promontoire. L'anse intestinale avait été comprimée entre le fer à cheval et le promontoire.

OBSERVATION 21 (Inédite). — *Conlusion de l'abdomen par coup de pied de mulet. — Laparatomie. — Mort.* — (due à l'obligeance de MM. les médecins principaux Delahousse et Roux)

D..., brigadier, 38^e escadron du train, 23 ans, reçoit le 23 avril un coup de pied de mulet dans la région abdominale. — Par d'ecchymose. Vomissements alimentaires et douleurs vive péri-ombilicale. Température normale. Traitement : Glace. Opium. Pendant les sept premiers jours pas de symptômes autres qu'un empâtement localisé à la région péri-cœcale et une douleur modérée à ce niveau. Un peu de fièvre survient le soir variant entre 38° et 38° 5.

Cet état persiste jusqu'au 16 mai (le même jour intervention). Incision pratiquée par une incision de 15 centimètres parallèle à l'arcade crurale, sur le siège de l'empâtement persistant commençant à 2 centimètres au-dessus de son milieu. Du fond d'épaisses adhérences vient sourdre une petite quantité de pus crémeux sans odeur. Drainage et sutures à étages. Le lendemain, issue de liquide biliaire. Quatre jours après, issue par la plaie de matières fécales. Une nouvelle intervention tentée dans le but de fermer si possible, la perforation intestinale doit être suspendue par suite de faiblesse du sujet et de l'impossibilité de dégager l'intestin de ses adhérences. Mort le 29 juin au 28^e jour du traumatisme.

A l'autopsie : large perforation siégeant sur l'iléon à 1 mètre de la valvule. Elle affecte la forme d'un losange dont le grand axe est long de 0,08 et le petit de 0,03 cent. Elle occupe la paroi de l'intestin opposé à l'intestin du mésentère. Le bout supérieur n'est relié à l'inférieur que par un mince pont d'intestin.

Les parois de la perforation sont taillées à l'emporte-pièce et les trois tuniques sont rompues au même niveau.

Le bout inférieur qui ne livrait plus passage aux matières est

vide et ratatiné ainsi que le gros intestin. Au pourtour de la perforation le péritoine est épaissi, congestionné. Au milieu des adhérences qui unissent les anses de l'intestin et celle du coton descendant, on trouve un clapier purulent assez étendu qui se prolonge assez loin en arrière par un diverticulum de 12 cent. environ.

OBSERVATION 22 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Perforations de l'intestin grêle. — Laparotomie. — Mort.*
— Nous devons à l'obligeance de M. le médecin principal Boppe, les 2 observations qui suivent :

F..., dragon entre à l'hôpital le 18 novembre 1883. Il a été atteint ce même jour à 6 heures du matin d'un C. P. C. dans le bas-ventre, à la visite : M. Boppe constate une douleur assez vive à l'endroit frappé, à égale distance de l'ombilic et de l'épine I. A. S. droite. Pas d'ecchymose. Pas de sang dans les selles, ni dans les urines. Pouls normal. T. 37° 4. Ventre souple, pas d'empâtement. Douleur vive à la pression. (Traitement : extrait d'opium. Sangsues. Diète).

Le 19. Rien de particulier. T. 37° 5 (m.) 38° 2 (s.) pas de selles.

Le 20. Mauvaise nuit. Langue blanche. Ventre toujours souple, un peu moins douloureux. T. 38° (m.) ; 39° 8 (s.) Le ventre est très augmenté de volume et douloureux. L'opération est décidée pour le lendemain matin.

Le 21. Le ventre est ouvert suivant une ligne partant du milieu de l'arcade crurale et allant vers l'ombilic, sur une longueur de 40 cent. Pas d'ecchymose intra-musculaire. Le péritoine ouvert, on tombe sur une nappe de pus, épais, jaune teinté de brun, d'odeur stercorale. Toutes les anses intestinales et l'épiploon sont recouverts d'une pulpe jaune, adhérente et épaisse, de près de 3 millim. Sur une anse de l'intestin grêle qui est fortement congestionné, se trouvent deux perforations espacées de 3 cent., à peu près circulaires d'un diamètre de 3 à 4 millim. Les bords sont avivés et suturés en bourse, le pus est épongé avec soin, mais il est impossible d'enlever complètement l'exsudat purulent, malgré des lavages boriqués, aussi l'issue fatale de la lésion ne fait aucun doute ; en effet, la mort survient la nuit suivante.

OBSERVATION 23 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C.*
— *Escharre de l'intestin grêle. — Très petite perforation. —*
Laparotomie. — Mort.

Le 16 juin 1884, le cuirassier B..., entre à l'hôpital dans le service de M. le docteur Boppe. Il a été frappé la veille d'un C.P.C. un peu au-dessous de l'ombilic et à gauche. Bien qu'il se plaigne de douleurs en essayant d'uriner, il n'y a pas d'hématurie. D'ailleurs la douleur n'est provoquée que par une pression assez forte et n'est pas bien limitée. Cette lésion paraît légère et le malade demande à manger. Il reçoit seulement du lait et du bouillon et 0,05 d'opium. Température et pouls normaux.

Le 17 et le 18. Même état. Selle liquide.

Le 19. Mauvais état à la contre-visite. Face terreuse, langue sale, ventre ballonné, très douloureux. T. 40. On pose le diagnostic de péritonite suraiguë, mais il fut impossible d'opérer immédiatement.

Le 20. Intervention à 7 heures. Incision suivant une ligne partant de l'arcade de Fallope et aboutissant à l'ombilic. Cavité péritonéale remplie de pus épais et jaune, sans odeur stercorale. Toutes les anses intestinales sont déjà réunies par des fausses membranes et recouvertes d'un exsudat fibrineux jaunâtre. Il est très difficile d'arriver à reconnaître une petite perforation sur laquelle se trouve une escharre brunâtre encore adhérente. Cette perforation est suturée. Toilette minutieuse. Mort quelques heures après l'opération.

OBSERVATION 24 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
dans la région inguino-pubienne droite. — Rupture de l'intestin
grêle. — Péritonite suraiguë généralisée. — Laparotomie et suture
de l'intestin. — Décès 24 heures après l'accident — (Communiquée par M. le médecin major Hassler ; in th. Gachon, p. 60, Paris 1895).

D..., brigadier au 40^e cuirassiers, reçoit le 13 septembre '894 vers trois heures et demie une ruade violente en passant derrière un cheval. Renversé par le choc. Vive douleur. A l'infirmerie, violentes douleurs dans la région sous ombilicale et dans le flanc droit. Vomissements alimentaires abondants (extrait d'opium). Vu à l'hôpital

à 5 heures. Vomissements bilieux à deux reprises. Dyspnée assez intense. Pas de plaie. Pas d'ecchymose. Grande sensibilité à la palpation superficielle. Paroi abdominale souple. Pas de ballonnement. Deux nouveaux vomissements. Traitement médical. T. 37° 2. P. 90, petit, régulier. La potion opiacée est rejetée à 6 heures dans un nouveau vomissement. Injection de morphine. Glace sur le ventre. On réchauffe le blessé. Continuation des douleurs.

Le 14, vu par M. le docteur Hassler à six heures et demie du matin. Facies péritonéal. Pouls petit, fréquent, 150. T. 37° 2 alors qu'elle était le soir de 38° 5. Abdomen peu douloureux. Pas de ballonnement. Matité à la percussion principalement dans toute la région sous-ombilicale. Dans la nuit, vomissements noirâtres, porracés, presque fécaloïdes. Visage cyanosé, les extrémités ne sont pas froides. Crises de dyspnée assez intenses. Respiration plus régulière, plus complète. On porte le diagnostic de péritonite généralisée suraiguë. On décide l'intervention.

Laparotomie à 7 h. 45. 16 heures après l'accident cathétérisme de la vessie qui renferme un demi-verre d'urine très foncée, mais non sanglante.

Incision médiane. Après décollement du grand épiploon, issue d'un flot de liquide louche, brunâtre, contenant des parcelles alimentaires. Anses intestinales violacées. Exsudats fibrineux jaunâtres qui se détachent très facilement. Inflammation des anses qui plongent dans le petit bassin. Déchirure ovale mesurant environ 12 mm. de diamètre à grand axe orienté perpendiculairement à l'axe de l'intestin grêle. Sutures. On hâte les derniers temps opératoires la face du blessé se congestionnant. Toilette. Lavage à l'eau boricuée chaude, etc., mais nouvelle alerte (caféine, électrisation). Il est neuf heures un quart quand le blessé est rapporté dans son lit. Vers midi, agitation. Dyspnée croissante. Mort à 3 h. 40.

A l'autopsie : Péritonite généralisée. La perforation siègeait à 2 m. 50 au dessus du cœcum. Pas d'ecchymose prévertébrale. Ecchymose très superficielle sur la peau ds la région inguino-pubienne à 2 centim. au dessus de l'épine pubienne droite.

OBSERVATION 25 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Laparotomie. — Mort.* — (dûe à l'obligeance de M. le médecin major Ferraton, professeur agrégé au Val-de-Grâce.)

Le nommé A... reçoit le 20 octobre 1896 à deux heures et demie du soir un C.P.C. dirigé de côté (coup de pied en vache.) Il est frappé dans la région iliaque droite. Etait à jeun. Pas de perte de connaissance. Pas de douleur très vive. Va seul se coucher. Miction spontanée à l'infirmerie où il se rend. Transporté au Val-de-Grâce dans une voiture réglementaire à deux roues qui vint au trot. Douleurs très vives dans le trajet. A son entrée (quatre heures et demie), état général assez satisfaisant. Facies légèrement grippé. Pas de douleurs vives spontanées, sauf pendant les grands mouvements d'inspiration. Peut marcher toutefois. P. 80 (normal). R. 20 légèrement profonde. T. (axillaire) 36° 8. Contracture du ventre sauf à la partie supérieure de l'abdomen où la paroi est relativement souple. Douleurs spontanées nulles, réveillées par la pression à l'hypogastre et dans la région iliaque droite. Traitement médical. (Diète, glace, opium, etc.) Vomissements alimentaires à sept heures, après avoir eu quelques nausées. A neuf heures et demie : facies plus grippé. Nausées. Hoquets. Douleur abdominale spontanée ; douleur dans la fosse iliaque droite à la palpation. T. 37° 3. P. 100. R. 32. A onze heures du soir : aggravation des symptômes. Nouveaux vomissements. Hoquets. Abdomen d'une dureté ligneuse. Dououreux à la pression. Pouls petit de plus en plus fréquent. Envie d'aller à la selle non satisfaite.

Intervention à une heure et demie du matin, onze heures environ après le traumatisme. Alerte qui force à pratiquer la respiration artificielle. Incision médiane. Les anses de l'intestin grêle sont moyennement distendues, injectées, recouvertes d'exsudats blanchâtres. Après dévidement d'un mètre d'intestin environ : perforation transversale (d'où s'écoulent en abondance des matières fécales, puriformes, noirâtres) de 2 cent. 1/2 de long, à bords mâchés, sans issue de la muqueuse. Sutures de Lembert. Toilette du péritoine et des anses intestinales. Drainage au moyen d'une mèche de gaze iodoformée plongeant dans le petit bassin. On referme l'incision abdominale. Après l'opération P. 142. Agitation extrême. Délire. Loquacité.

Traitement : 2 piqûres d'éther. Glace. Injection sous-cutanée de

300 gr. de sérum. Agitation continue jusqu'au matin. Vomissements verdâtres. Soif extrême.

Le 21, 8 heures matin. Facies abdominal. P. 120 petit, dépressible. R. 36. Grande faiblesse, vomissements verdâtres. Douleurs abdominales. (Champagne, lait glacé; 250 gr. de sérum en injection, 1/2 cent. de morphine), ventre souple, pas de suppuration.

Le soir. Envie d'aller à la selle sans résultat; dans la nuit : 2 vomissements verdâtres. Nausées. Hoquets subdélire. Le malade veut se lever.

Le 22, 8 heures matin. Facies meilleur. Langue humide, deux vomissements noirâtres. Marc-de café. (Ce malade avait pris un peu de café). Hoquet moindre. Diminution des nausées. P. 116. Tendu, plus fort que la veille. R. 40 T. 39° 5; 400 gr. d'urine normale depuis l'opération. Connaissance complète. On visite le pansement : pas de ballonnement, pas de suppuration, écoulement d'un peu de sérosité jaunâtre, pas de douleur à la pression. Traitement : Injections de 200 gr. de sérum toutes les 2 heures; deux injections de morphine de 1/2 cent. chacune (une le matin, une le soir).

Dans la journée, quatre à cinq vomissements verdâtres, nausées, hoquets fréquents, agitation extrême. Délire. T. 39°. Dans la soirée : cyanose. Respiration très fréquente. Tirage. Délire violent. Le malade veut se lever. L'agitation durant la nuit persiste ainsi que les vomissements. Mort à minuit le 23 octobre 1896.

A l'autopsie : la perforation semble hermétiquement fermée par la suture. Les exsudats ne sont pas plus prononcés à son niveau. Adhérences du cœcum. Au niveau de la perforation : plaque noirâtre triangulaire de 2 cent. de côté environ. La perforation siège sur le petit intestin à 1 mètre à peu près de la région duodénale. Le muqueuse intestinale est injectée dans l'espace d'un mètre environ à partir du duodénum. Rien aux autres organes.

II. — LAPAROTOMIE. — GUÉRISON

10 cas.

OBSERVATION 26. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Laparotomie. — Pas de lésion. — Guérison.* — (MICHAX, in *Bull. Soc. Chir.* 1893, p. 203.)

Le 30 juillet 1894, un palefrenier de 34 ans reçoit d'un cheval qu'il était en train de panser, une ruade qui lui contusionne le bas-ventre en deux points. Opéré le jour même. Malgré la violence du traumatisme *qui avait paru fournir une indication suffisante*, on ne trouve à l'ouverture ni *épanchement sanguin*, ni *déchirure intestinale* ou mésentérique. On observe seulement quelques petites ecchymoses intestinales et épiploïques. Suture de la plaie abdominale. Suites excellentes. *Exeat* 14 août 1894.

OBSERVATION 27 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'intestin grêle. — Laparotomie. — Guérison.* (MOTY, in *Revue de Chirurgie*, 1890, p. 880.)

D... reçoit au niveau de l'ombilic un C. P. C. unique. Renversé par le choc. Trois heures après son accident, à 8 heures et demie du matin, facies inquiet, pâle, légèrement grippé, douleur sourde constante à l'ombilic, exagérée par la palpation. Pouls petit et irrégulier. Voix faible, intelligence nette. Pas d'ecchymose..

Le blessé a uriné et a été à la selle avant son accident. Il a mangé une très petite quantité de pain.

Traitement : diète absolue, potion opium (0, 20).

A 9 heures et demie : vomissements bilieux.

A 4 heures et demie : douleurs vives dans tout l'abdomen avec sensation de coliques sitôt après la pénétration de liquide dans le tube digestif.

A 5 heures du soir, douze heures après l'accident, intervention : incision de 25 cent. contournant l'ombilic à gauche et venant se terminer à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, déchirure occupant la demi-circonférence supérieure d'une anse de l'intestin grêle : suture de la déchirure à l'aide de crin de cheval; lavage abondant du péritoine, à l'aide d'une solution boriquée à la

température de 42°; suture à double étage de la paroi, pas de drainage; durée de l'opération, une heure un quart, la respiration s'étant arrêtée un instant, au cours de l'intervention.

Guérison complète le 1^{er} janvier, malgré un relâchement partiel de la suture pariétale qui à nécessité, le 23 novembre, une suture secondaire.

Le malade sort le 15 janvier, cicatrisation complète, il peut porter des seaux d'eau sans difficulté.

OBSERVATION 28 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.* — *Rupture du péritoine.* — *Laparatomie.* — *Guérison.* — (KING. *Med. News.* 1890. p. 227-229).

Enfant de 12 ans, maigre, tempéramment nerveux reçoit le 19 août 1889 un C. P. C. dans l'abdomen. Syncope. Vomissements. Six heures après l'accident; P. 120; T. 99 1/2 (F). 39.9 centigr. L'abdomen est rigide, mais non distendu. Ecchymose semi-lunaire, un pouce au-dessous de l'ombilic. Abdomen très sensible. Grande pâleur et anxiété du visage. Traitement: opium, compresses glacées sur l'abdomen. Pendant la nuit nouveaux vomissements.

Le 20: Au matin: P. 120; T. 100 1/2 (F). 40°. Abdomen très tendu, et très tympanisé. Même anxiété, même pâleur. Le blessé a uriné facilement deux fois dans la nuit. Urine normale. Traitement: Potion salée toutes les deux heures. Les compresses glacées qui ont été très agréables sont continuées. Malgré les lavements: Constipation absolue.

A 10 heures du matin: abdomen largement distendu, agitation, mais peu de souffrance, toujours constipation. Durant la nuit, plusieurs vomissements ayant une odeur nettement fécaloïde. Léger délire. Intolérance stomacale absolue.

Le 21. La température tombe à 97° (F) 39° 2. P. 140 très faible. Abdomen énormément distendu. Tympanisme au-dessus et matité au-dessous de l'ombilic. Traits tirés. Pâleur et anxiété du visage. Constipation opiniâtre. Pas de douleur.

La chute subite de la température au-dessous de la normale, la rapidité croissante et la faiblesse du pouls, la cessation de la douleur font penser à une gangrène de l'intestin. Quoique le pronostic soit très défavorable, on propose la laparatomie dans l'intention de résequer la portion gangrenée de l'intestin, à condition qu'elle ne soit pas trop étendue.

Intervention dans la journée malgré le peu de chances de succès. Les assistant déclarant eux aussi qu'une terminaison fatale doit être attendue rapidement. La marque du coup persiste encore. Tandis que l'on ouvre l'abdomen, il s'échappe du rectum une sérosité verdâtre. Les muscles sont œdématisés et décolorés ; l'abdomen contient une considérable quantité de sérosité sanguinolente, inodore. L'intestin est très enflammé, très rouge, comme bouilli. Il est recouvert d'une lymphe organisée qui s'étend le long des plis de l'intestin.

Le Péritoine est également recouvert de cette lymphe. Au milieu du péritoine on trouve une tache noire de 3/4 de pouce de diamètre. On retourne l'iléon on cherche la gangrène intestinale mais il n'y en avait pas. Il n'y a pas de lymphe non plus à ce niveau. Les anses intestinales étant très-distendues, sont rentrées dans l'abdomen non sans difficulté. On ponctionne alors avec un trocart : il en sort beaucoup de gaz et une pinte de liquide. Suture de Lembert. Sérösité enlevée avec une éponge. Lavage. Drainage. La sérosité étant inodore, on ne fit pas le lavage de la cavité péritonéale.

Après l'opération : pouls 150, très faible. Lavement chaud de whisky. Injection morphine et atropine. Amélioration rapide du visage. Dix heures après l'opération : pouls 140. T. 100 (F) 40° Insomnie pendant la nuit suivante. Lavements de poudre de viande. Injection morphine et atropine.

Le 22. P. 120. T. 99 (F). 39°,9 centig. Il sort par le drain une petite quantité de sérosité durant la journée,

Traitement : poudre de salol (5 grains) avec poudre de charbon (40 grains environ) à prendre toutes les deux heures. Le salol, pour l'antisepsie intestinale, la poudre de charbon comme absorbant. Sécrétion urinaire et selles normales et spontanées. Lavement de poudre de viande gardé 2 ou 3 heures. Le tympanisme subsiste.

Le 23. Les lavements alimentaires sont cessés. Le blessé prend par la bouche une alimentation liquide.

Le 27 août. A la suite d'une grande distension due aux gaz, rupture de la plaie tégumentaire seule, les tissus sous-jacents restent solidement unis. Une potion saline amène d'ailleurs une amélioration de la distension.

Le 2 septembre. Suture secondaire de la plaie. La réunion fut prompte, l'amélioration rapide, et bientôt la guérison fut complète.

OBSERVATION 29. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'intestin grêle. — Laparatomie. — Guérison.* — (CROFT in *Brit. med. J.* p. 665. Mars 1890).

Jeune garçon de 14 ans reçoit le 21 mai 1889 vers 7 heures du soir un C. P. C. dans l'abdomen. Transporté trois heures après à l'hôpital. Le choc n'a pas été considérable. Les symptômes d'une péritonite aiguë apparaissent durant la nuit.

Le 22 mai. Croft diagnostique une péritonite aiguë due très probablement à une rupture de l'intestin, et décide l'exploration immédiate de l'abdomen.

Intervention, 15 heures 1/2 après l'accident. Laparatomie médiane. On trouve une petite rupture et une petite ecchymose de l'intestin grêle; l'épiploon est enflammé. Résection cunéiforme du segment d'iléon lésé. Le mésentère et l'intestin sont soigneusement réunis par quarante sutures de Lembert. Lavage boriqué chaud. Guérison rapide, sans fièvre.

OBSERVATION 30. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin grêle. — Laparatomie. — Guérison.* — (NÉLATON in. *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 1892, p. 600).

Homme de 29 ans, C. P. C. dans le ventre qui l'a envoyé rouler à 5 mètres. Apporté le 23 août 1892 à 6 heures du soir à l'hôpital. Stupeur complète; douleurs atroces et vomissements pendant la nuit jusqu'à 5 heures du matin.

Le 23. Pas de facies péritonéal mais anxiété et sueurs. Ventre non météorisé. Douleur seulement au point contus (trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale gauche).

Pas de gaz. Respiration normale. Pouls 102. T. 36° 6. Miction régulière.

Ce même jour à 9 heures 30, intervention. Incision médiane de 10 cent. qui laisse écouler, 100 à 150 gr. de liquide séro-purulent. Sur une anse grêle perforation de 3 cent. d'étendue occupant le bord libre de l'intestin. Avivement de ses bords. Suture à deux plans, lavage de la cavité péritonéale à l'eau bouillie. Fixation de l'anse suturée au voisinage de la plaie par une soie phéniquée. Drainage à la Mickulicz. Durée de l'intervention 1 heure 1/4.

Le soir. T. 36° 8. P. 120.

Amélioration progressive jusqu'au 25 septembre, époque à laquelle le malade se lève, un mois environ après l'accident.

OBSERVATION 31. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'iléon avec péritonite sans lésion extérieure. — Laparotomie. — Entérectomie primitive, suivie d'entérorraphie circulaire.* — (FRED. HÖHNE, WIGGIN, *New-Yorck med. J.*, 1894, 3, p. 68. Traduc. NIMIER, in *Arch. med. mil.* 1894, 23, p. 235).

Le 11 septembre 1893, dans l'après midi, un garçon de 15 ans reçoit un C. P. C. sur la région lombaire et le coude du côté droit; on le trouve couché sur le ventre et gémissant: dix minutes après, il commence à vomir et se plaint continuellement de nausées. Tout d'abord il vomit sa nourriture, puis, plus tard, deux fois, avant et après avoir été déplacé, il vomit environ quatre onces de sang noir coagulé.

A 8 heures 30 du soir, le patient souffre peu du shock; il est couché sur le dos, les genoux fléchis; il accuse une grande douleur, surtout à droite de l'ombilic. Anxiété. (Traitement: morphine, vessie de glace. T. normale. P. 80).

Le 12. Douleur persistante toute la nuit. T. élevée. P. 104. A 3 heures du matin, hématomérose de 8 onces de sang noir coagulé; elle se répète à 9 heures et à 7 heures du soir. P. 114; R 30; T. 38° 8. Météorisme abdominal. Douleur à droite de l'ombilic. A minuit, opération: Incision sur la ligne blanche entre l'ombilic et le pubis; les côlons descendants et transverses sont remplis de fèces dures; on déroule le petit intestin à partir du cœcum: il est plus ou moins distendu avec des exsudats fibrineux et quelques adhérences, surtout au niveau d'une première anse qui est ecchymosée près de son bord mésentérique mais paraît pouvoir être laissée. Plus loin, une autre anse de l'iléon, près du jéjunum est si noire qu'on l'enlève (longueur 15 cent.) et on y découvre alors seulement une petite perforation. On lie les vaisseaux du mésentère dont on suture les bords de l'incision, puis on pratique une entérorraphie circulaire. Pendant l'opération, le patient vomit et un mélange de sang et de pus s'échappe par les bouts de l'intestin. On lava les parties souillées à l'eau oxygénée et l'on ferma le péritoine sans drainage en laissant dans sa cavité une solution salée chaude pour combattre le shock et prévenir les adhérences. L'opération dura une heure et demie.

Le 13, à 4 heures du matin: P. 130. T. 37° 4. Légères nausées; à

10 heures P. 114. T. 38° 8. A 9 heures du soir, même température P. 136. (Morphine. Lait peptonisé).

Le 44. A 2 heures du matin P. 118. T. 37° 7. Issue de gaz par l'anus. Bon sommeil. Le lait peptonisé est pris et gardé. A 8 heures du soir P. 104. T. 37° 8.

Les jours suivants, à noter une selle, le 15 (60 heures 1/2 après l'opération) suivie le 17 de cinq autres ; puis le pouls et la température redeviennent normaux, et la guérison se complète.

OBSERVATION 32 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.* — *Laparotomie.* — *Injections intra-veineuses de sérum artificiel à doses massives.* — *Guérison.* — (LEJARS, in Presse Méd. 1^{er} janv. 1896. — Bull. S. de Chir., 18 déc. 1895).

Jeune garçon de 17 ans, reçoit dans l'après-midi du 4 octobre 1895 un C. P. C. dans le ventre. Vomissements durant le reste de la journée et pendant la nuit.

Le 5 à l'hôpital : pâleur du visage. Traits tirés. Yeux excavés. Pouls très petit 130. Langue sèche. T. 36° 4. Ventre ballonné, un peu mat à l'hypogastre et dans les flancs très douloureux à la pression sur toute sa surface, mais surtout à gauche. Vomissements noirâtres, fétides, fécaloïdes. Ni selles, ni émissions gazeuses.

Laparotomie à 5 heures du soir. Péritoine noirâtre et distendu. A l'ouverture, flot de matières stercorales et de pus remplissant l'excavation et les fosses iliaques. Exsudats jaunâtres sur l'intestin. Rupture de l'intestin grêle, du diamètre d'une pièce d'un franc, à bord évasé, entouré d'une collerette de muqueuse herniée. Suture. Toilette du péritoine. Drainage à la Mickulicz. On hâte les derniers temps opératoires, car malgré une administration très parcimonieuse de chloroforme, la situation est menaçante. Injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum dans la soirée.

Le 6. Etat désespéré. P. 130 petit, irrégulier. T. 36° 8. Vomissements noirâtres. Injections sous-cutanées de sérum : 500 gr. dans la matinée, 500 gr. le soir.

Le 7. Même état très grave. Régurgitations fécaloïdes continuelles. Refroidissement. Pouls insensible. Douleurs extrêmes. On retire le Mickulicz. Ventre très ballonné. Peu d'urine. T. 39° 5.

Première injection intra-veineuse de sérum artificiel (un litre de

de mi dans la veine médiane céphalique droite). Soulagement passager. Première selle très liquide, presque aussitôt après.

Deux autres injections intra-veineuses de un litre et demi sont faites dans le courant de la journée et de la soirée. T. 38°² (soir).

Le 8. Pouls meilleur. T. 37°⁸. Vomissements moins fréquents. Météorisme toujours considérable. Paroi abdominale très rouge, très tendue. Trois injections intra-veineuses d'un litre et demi à deux litres chacune. T. (S) 37°⁸.

Le 9. Diurèse considérable, diarrhée profuse. T. (M) 36°⁸. (S) 38°. 3 injections de même dose.

Le 10. Pouls bon Plus de vomissements, diarrhée persiste, urines toujours très abondantes, ni albumine, ni globules rouges, 3 injections.

Le 11. Amélioration. 3 injections. Potion opiacée contre la diarrhée.

Le 12. Amélioration continue. On cesse durant deux jours les injections.

Le 14. Urines moindres, plus colorées. Vomissements à 8 heures du matin. Pouls plus fréquent. Facies moins bon. 3 injections (un litre et demi chacune).

Le 15. 3 nouvelles injections.

« Le malade, dit M. Lejars, avait ainsi reçu, dans son système veineux, pendant cette période de neuf jours, environ 26 litres de sérum artificiel. »

Le dixième jour, la ligne de sutures distendue, s'étant rompue, la masse intestinale, sous l'effort de la toux et des cris, faisait hernie (recouverte seulement de l'enveloppe péritonéale), ce qui nécessita une réunion secondaire. Cicatrisation en grande partie par bourgeonnement. Rétablissement progressif.

OBSERVATION 33. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'intestin grêle. — Laparotomie. — Guérison.* — (BOEKHORST, in *militair. geneesk. Tijdschrift* 1896. 3. p. 174. — NIMIER, in *Arch. méd. mil.* 1896. octob. p. 272.

Un artilleur reçoit le 8 mai 1896 dans la moitié gauche de l'abdomen un C. P. C. Il éprouve si peu de gêne qu'il ne consulte que le lendemain.

Le 9. T. 37°. P. 88. R. 40. Ventre ballonné. On pratique la lapa-

rotomie. Le soldat étant mineur, on dut attendre l'autorisation et l'opération n'eut lieu que 20 heures après l'accident. De midi à 3 heures de l'après-midi, la température s'était élevée à 39°3. Accentuation des symptômes de péritonite.

Laparotomie. Anses de l'intestin grêle soudées. Matières fécales et exsudats séreux dans le péritoine. Déchirure intestinale de la largeur d'une pièce de 1 franc : suture de la muqueuse et par-dessus une série de points de Lembert. Toilette du bassin et du flanc gauche avec de la gaze stérilisée, puis lavage. Drain de gaze laissé en place. Durée de l'opération : 2 heures. T. (s). 37°4. P. 92

Le 10. T. 36°2 ; 37°7. R. 36 P. 84. L'opium a été vomi avec des matières colorées par la bile.

Le 11. T. 36°6. R. 24. P. 80. Vomissements, hoquets. On ôte le drain.

Le 12. T. 37°, 37°2 ; R. 24. P. 88. Persistance des symptômes de péritonite.

Le 13. T. 36°5. 37°7. R. 36. P. 120, vomissements. Une garde-robe.

Du 14 au 16 ; la température reste inférieure à 37° ; la respiration oscille entre 24 et 28 ; le pouls entre 100, 92, et 80. Etat stationnaire. Persistance des symptômes de péritonite.

Le 19. Le météorisme fait céder les sutures.

Le 20 élévation de la température (?). Pas de hoquets, ni de vomissements. Amélioration.

Le 4 juin le blessé est considéré comme guéri.

OBSERVATION 34. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. Laparotomie. — Guérison.* — (FAURE, in *Revue de chirurgie* 1896, octobre, p. 764).

Homme de 45 ans, reçoit un C. P. C. dans l'abdomen le 13 janvier 1896. Douleur avec phénomènes de collapsus.

Laparotomie, 3 heures après l'accident. Un vaisseau du foie est saisi par une pince laissée à demeure. Tamponnement de la surface cruentée par gaze iodoformée. Pince et tampon enlevés au bout de 48 heures. Sort guéri le 28 février.

OBSERVATION 35 (Résumée). — *Coup de Jarret de cheval dans l'abdomen. — Rupture de l'uretère et du côlon ascendant. — Suture de l'intestin. — Néphrectomie. — Guérison.* — (CHAPUT, in *Bull. et Mém. Soc. Chir.* p. 202, 1889).

Jeune homme 16 ans. Reçoit le 9 août 1888, dans le flanc droit un coup de jarret de cheval. Renversé par le choc, quelques vomissements muqueux.

Le 11, à son entrée à l'hôpital, pas de ballonnement ni de douleur de ventre. Légère tuméfaction douloureuse au côté de la fosse lombaire. Constipation absolue. Dans la nuit du 13 au 14 ; crise de coliques néphrétiques. Urines abondantes non sanguinolentes.

Du 14 au 21 ; apparition dans la partie supérieure de la fosse iliaque d'une tuméfaction de plus en plus nette. T. 38°, 38° 2.

Le 23. Une ponction exploratrice, ramène des leucocytes nombreux, le diagnostic reste obscur mais on intervient le 14^e jour après l'accident.

Après ouverture de l'abdomen, on tombe sur une tuméfaction globuleuse, fermée en tous sens. On y fait une incision de 8 à 10 cent. ; on s'aperçoit seulement alors que l'on vient d'ouvrir le cœcum énormément distendu, et on constate à sa paroi postérieure une déchirure longue de 1 à 2 cent. On suture les deux lésions, et on constate ensuite que l'épanchement, d'odeur urineuse, est dû à une rupture de l'uretère. Drainage, établissement d'une fistule urinaire.

Le 29. Fistule stercorale formée aux dépens de la paroi antérieure du cœcum.

Le 21 septembre, on se décide à faire la néphrectomie lombaire pour faire disparaître la fistule urinaire (urines très purulentes) et remédier aux poussées de fièvre. L'opération pratiquée par MM. Chaput et Tuffier réussit parfaitement.

Le 24. 400 gr. d'urines claires mais persistance de la fistule stercorale.

Le 18 octobre. Diminution de la fistule.

Le 31 octobre. Guérison complète.

En résumé : 35 Laparotomies ont donné : 25 morts, 10 guérisons ;

Soit 71,4 pour 100 morts.

28,6 pour 100 guérisons.

III. — EXPECTATION. — MORT

76 cas.

I. Ruptures de l'intestin grêle.

1^o SANS DÉTERMINATION FIXE DU POINT LÉSÉ

OBSERVATION 36 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C.*
— *Rupture totale de l'intestin grêle.* — *Mort.* — (J. DE LAMBALLE.
loc. cit. T. I. p. 61.)

Le 21 décembre 1825, homme de 60 ans reçoit un C. P. C. dans une ancienne hernie inguinale du côté gauche.

Le 22. Douleur très vive dans le ventre, surtout à la pression. Volume énorme de la hernie. Gargouillement. Tympanite, lorsqu'on voulait tenter la réduction. Vomissements bilieux et stercoraux. Face pâle, décolorée. Yeux excavés. Léger délire mais sans perte totale de connaissance, pouls petit et fréquent.

Traitement : sangsues, fomentations émollientes sur l'abdomen. Diète absolue. Mort en 48 heures.

A l'autopsie : tumeur herniaire d'un volume considérable, tympanisée. Gaz remplissant le scrotum. Adhérences des intestins par une fausse membrane albumineuse, molle, facile à déchirer. Epanchement de matières noires dans la cavité abdominale et dans le petit bassin. Section nette et totale de l'intestin grêle. Les bords infiltrés de sang et ecchymosés étaient flottants dans le ventre, renversés en dehors et béants.

OBSERVATION 37 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Rupture de l'intestin grêle.* — *Expectation.* — *Mort.* —
(ANTOINE) *Arch. Med. mil.* 1840 t. 49. p. 174.

Homme 20 ans. C. P. C. un peu au-dessous de l'ombilic. Trace très légère à convexité inférieure. Le blessé n'est pas renversé par

le choc, mais vive douleur. Insomnie, soif, agitation pendant la nuit. 18 heures après l'accident, visage grippé, refroidissement, ventre élevé tympanitique, dur, tendu, excessivement douloureux. Vomissements bilieux. Urine en petite quantité mais normale. Pouls petit, dur, serré et fréquent. Mort en 30 heures.

A l'autopsie. Exsudats. Au niveau de l'ombilic, déchirure intestinale occupant le quart de la circonférence. La déchirure était plus étendue à l'intérieur, sur la membrane muqueuse qu'au dehors, du côté du péritoine.

OBSERVATION 38 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par coup de pied de mulet. — Déchirure de l'intestin grêle. — Mort.* — (CHAVASSE, *loc. cit.* p. 104. — POLAND, *loc. cit.* p. 155).

Homme porteur d'une hernie réductible reçoit un coup de pied de mulet sur l'abdomen. Coliques et vomissements. On croit à une hernie étranglée et on l'opère. Mort. Intestin grêle complètement rompu en travers.

OBSERVATION 39 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirures de l'intestin grêle. — Mort.* — (CHAVASSE, *loc. cit.* p. 103. — POLAND, p. 152, *loc. cit.*)

Jeune homme. C. P. C. Vomissements. Tympanisme. Péritonite. Mort le cinquième jour. A l'autopsie déchirure de l'intestin grêle. Epanchement de matières fécales.

OBSERVATION 40 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin grêle. — Mort.* — (CHAVASSE, *Arch. méd. Mil.* 1884; t. 4. p. 102. — POLAND, *Guy's. Hospital. Reports* 1858, p. 149. — COOPER *LANCET* 1836, p. 191.)

Homme de 34 ans. C. P. C. dans la région hypogastrique. Collapsus complet. Vomissements. Selles abondantes non sanguinolentes. Péritonite. Mort en huit jours. A l'autopsie : Rupture de la dimension d'un shilling de l'intestin grêle Epanchement de matières fécales. Péritonite généralisée.

OBSERVATION 41. — (Résumée). — *Contusion par C. P. C. — Déchirure de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort. — NIMIER in Arch. méd. Mil. 1893. p. 436.*)

D..., reçoit le 4 décembre 1892 à onze heures du matin un C. P. C. dans l'abdomen. Renversé par le choc. Avale un verre de vin. Se fait frictionner avec de l'alcool camphré au niveau de l'endroit atteint. *Gagne ensuite à pied l'infirmerie*, ne réclame pas l'appel du médecin et s'endort jusqu'à trois heures et demie de l'après-midi. Vers sept heures du soir, se lève, *s'assied auprès du poêle, cause et rit avec les autres malades*. Se recouche et passe une nuit très tranquille. Prend son café au réveil et s'échappe de l'infirmerie pour chercher à l'écurie différents effets.

Le 5. Les vomissements surviennent à huit heures du matin (vingt-et-une heures après l'accident). A onze heures du matin : prostration intense. Hypothermie. Face pâle. Yeux cernés. Ventre tendu, douloureux à la pression. Nausées. Mort en hypothermie vingt-huit heures après l'accident.

A l'autopsie. Fausses membranes purulentes, sur le péritoine pariétal, sur le grand épiploon. Pus dans la cavité péritonéale. Dans l'anse du côlon transverse et du côlon descendant apparaît sur une anse de l'intestin grêle à un centimètre de son bord mésentérique, une perforation à bords déchiquetés du diamètre d'une pièce de deux francs.

OBSERVATION 42. (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort. — (BALLADUR. Th. Paris, 1895.)*

Homme 35 ans. Santé antérieure excellente. Reçoit le 3, décembre 1894 un C. P. C. dans l'abdomen qui le renversé. Tendance à la syncope. Nausées. Pas de vomissements ; se relève, dételle ses chevaux, monte sur l'un d'eux et fait ainsi un parcours d'environ 300 mètres. Aussitôt arrivé : vomissements alimentaires et bilieux. Caillot de sang du volume d'un œuf de pigeon.

A l'hôpital, une heure et demie après l'accident, plus de vomissements, mais nausées. Facies bon. Traits non tirés. Pouls plein,

fort (80). Au-dessous de l'ombilic, ecchymose violacée à concavité inférieure.

Abdomen plat, rétracté, très douloureux seulement au point contus. Pas de selles, mais miction de 200 gr. d'urine environ, en une fois. Sonorité normale en tous les points de l'abdomen.

Traitement : diète absolue. Glace Pansement ouaté. Deux heures plus tard, vomissements bilieux puis porracés. Anxiété extrême. Facies péritonéal. Pouls fréquent, petit, dépressible. Ventre ballonné. Sonorité exagérée. Mort 12 heures après l'accident.

A l'autopsie : épanchement d'un liquide louche, jaunâtre assez abondant, quelques caillots de sang. Contusion violente de l'intestin grêle sur une étendue de 3 cent. parallèlement à l'axe de l'intestin : au centre de cette plaque violacée, petite déchirure de quelques millim. de large, sur 8 millim. de long. Bords irréguliers, déchiquetés. Dans le tissu cellulaire *prévertébral*, correspondant, infiltration sanguine assez considérable. Il semble bien y avoir eu pincement.

Tous les autres viscères sont sains.

2^o RUPTURES DU DUODÉNUM.

3 cas.

OBSERVATION. 43 (Résumée — *Contusion de l'abdomen par coup de pied de mulet. — Expectation. — Mort.* — FREEMAN. *In British med. J.* 1889. p. 944. t. I — ADAM et FEVRIER. *Arch. prov de chir.* 1895. p.)

Homme de 22 ans, reçoit dans la matinée du 9 octobre 1889 un coup de pied de mulet dans l'abdomen. Vive douleur à l'épigastre. Pouls plein et régulier. Respiration normale. Pas d'ecchymose. (Traitement médical). Vomissements puis amélioration. Miction non sanguinolente et spontanée. (Injection de morphine).

Le 10. Bonne nuit, pas symptômes défavorables jusqu'à 8 heures 30 du matin puis douleur intense et collapsus subit. (Injection d'éther, etc.) Une heure après cyanose ; pouls incomptable. Respiration pénible. Mort 24 heures après son entrée.

A l'autopsie : — Liquide jaune trouble. L'intestin grêle présente

quelques ecchymoses profondes en plusieurs endroits. A la face antérieure de la partie inférieure du duodénum, ouverture d'un pouce-en diamètre a bords réguliers et très congestionnés. Tous les autres organes sont sains.

« L'obscurité des symptômes durant la vie, dit Freeman, et la difficulté de trouver la lésion à l'autopsie, me font penser qu'une intervention n'eut guère été possible. »

OBSERVATION — 44. *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort. — Mort* In *Revue de Chirurgie* 1890, p. 884).

T. reçoit le 31 juillet un C. P. C. dans l'abdomen. Entre le même jour à l'hôpital avec des symptômes graves de commotion. Opium en pilules. La péritonite éclate 24 heures après. Le troisième jour on ne peut intervenir en raison de la faiblesse croissante du blessé qui meurt dans la journée.

- A l'autopsie : Large perforation de la partie la plus élevée de l'intestin grêle. On la découvre difficilement parce qu'elle siège tout près du pancréas : elle est ovale, à grand diamètre de 5 cent. environ, parallèle à l'axe de l'intestin, et intéresse plus de la moitié de la circonférence intestinale. Elle est placée sur un point qu'il eût été difficile d'attirer en avant et même d'aborder assez largement pour y pratiquer une suture, à cause de ses attaches au pancréas et de sa profondeur ; la solution de continuité est largement ouverte, ses bords sont renversés au dehors. Péritonite généralisée.

OBSERVATION 45. (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Mort.* — M. le médecin principal Rouflay a bien voulu nous résumer lui-même l'observation suivante qui lui est personnelle :

X..., sapeur conducteur, entre à l'hôpital à six heures du matin pour C. P. C. reçu au niveau de l'ombilic à quatre heures du matin, Facies péritonéal, pouls filiforme : 130. Vomissements verdâtres, peut à peine répondre à nos questions. Il est en hypothermie. T. 34°. Douleurs très vives, généralisées dans l'abdomen. Les phénomènes généraux graves présentés : refroidissement, petitesse du pouls, sont

une contre-indication à une intervention opératoire quelconque. Traitement : réchauffement du malade, opium pour calmer les douleurs et immobiliser l'intestin. Mort dans l'après-midi (10 heures après l'accident).

A l'autopsie : longue déchirure du duodénum de six centimètres. Épanchement de matières alimentaires et d'une certaine quantité de sang autour de la déchirure. Péritonite en formation.

En admettant la possibilité de la laparotomie faite dans des conditions pareilles, ajoute M. le docteur Rouflay, le succès paraît bien douteux, étant donné la rapidité avec laquelle la mort est survenue.

3^o RUPTURES DU JEJUNUM

13 cas.

OBSERVATION 46. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort. — (ANTOINE, loc. cit).*

Homme reçoit à toute volée un C. P. C. Douleurs extrêmement vives. Ventre tendu, douloureux et contracté. Le soir, douleur à la pression, miction difficile. Pouls petit et accéléré.

Le lendemain, bain de siège. Les vomissements aqueux d'abord puis bilieux, n'apparaissent que vers 10 heures du matin (Bain entier à ce moment). Le soir, sueur visqueuse et froide. Mort en 30 heures.

A l'autopsie. Jejunum déchiré dans la moitié de sa circonférence : exsudats appliquant l'anse contre la colonne vertébrale.

OBSERVATION 47 (Résumée.) — *Contusion par C. P. C. — Déchirure du jejunum. — Mort. — (M. CORMACK LANCET. 1852, t. II, p. 78. — POLAND, p. 146. — CHAVASSE, p. 104, loc. cit.)*

Le 17 avril 1832, un homme d'un âge moyen, étant à jeun, reçoit un C. P. C. Vu trois heures après : douleur vive un peu au-dessous de l'ombilic, au point où a porté le choc. Pas d'ecchymoses. Collapsus. Tympanisme. Décubitus dorsal avec flexion des genoux.

Urines claires. Facies péritonéal. Pouls petit, irrégulier. Respiration fréquente. Nausées. Soif. Pas de vomissements. Traitement : opium, etc.

Le 18. Vomissements et souffrance intense sur toute la région abdominale. Signés d'une péritonite suraiguë. Mort en 36 heures : le pouls ayant successivement de 70, 120 et 140.

A l'autopsie. Rupture du jéjunum à la jonction du tiers moyen et du tiers inférieur, de la dimension d'une pièce de quatre penny. Exsudats de lymphe. Epanchement stercoral. Péritonite.

OBSERVATION 48 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Déchirure du jéjunum.* — *Mort.* — (CHAVASSE. *loc. cit.* p. 103.
— POLAND p. 146. *loc. cit.*)

C. P. C. à la partie supérieure de l'hypogastre. Péritonite et vive souffrance. Bain chaud. Vésicatoire. Amélioration à la suite d'une saignée abondante. Mort en 22 heures et demie. Ouverture circulaire du jéjunum. Epanchement de matières fécales. Vessie vide et contractée.

OBSERVATION 49 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Rupture de l'intestin grêle. Expectation.* — *Mort.* — (CRUVEILHIER. *in Bullet. Soc. Anat.* 1860. p. 54).

Homme de 21 ans. C. P. C. ventre très douloureux, mais peu ballonné ; facies altéré ; surface cutanée froide. *Vomissements toutes les fois que le malade boit.* Pas de hoquets. Pouls insensible aux radiales, à peine sensible aux humérales. Mort en 25 heures.

Autopsie : Exsudats. Perforation ne dépassant pas 0,02 à la portion supérieure du jéjunum dans l'hypochondre gauche.

OBSERVATION 50 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Rupture de l'intestin grêle.* — *Mort.* — (OTIS. Guerre d'Amérique, *in Surgical.* Vol. t, II. p. 23. (CHAVASSE. *loc. cit.* p. 101.)

Enfant de 11^{es} ans. C. P. C. à la partie inférieure de la région ombilicale. Après avoir reçu le coup, il court à sa maison, en criant.

Une demi-heure après : vomissements de sang, nausées, grande sensibilité à la région ombilicale, pouls accéléré, pas d'ecchymose. Dans la soirée, irritabilité de l'estomac, la sensibilité de l'abdomen s'étend jusqu'à la région hépatique. Dans la nuit : augmentation de la fièvre, agitation, anxiété extrême, péritonite. Au matin, le petit blessé est moribond, et meurt en pleine connaissance, 2^e heures après l'accident.

A l'autopsie : pas d'ecchymose externe ni interne. Epanchement d'une demi-pinte de sérosité claire. Adhéhances. Exsudats. Au milieu du jejunum, rupture irrégulière, d'un demi-pouce, entourée d'un coagulum. Tous les autres organes sont sains.

OBSERVATION 51. — *Contusion de l'abdomen par coup de pied de mulet. — Rupture du jejunum. — Mort.* — (OTIS, *loc. cit.* p. 22. CHAVASSE, *loc. cit.* p. 104).

Homme de 22 ans, reçoit le 21 septembre 1864 à la région ombilicale un coup de pied de mulet. Douleur intense. Collapsus. Vomissements. Ballonnement du ventre. Sensibilité exquise, à la pression. Mort en 48 heures ; à l'autopsie ; jejunum rompu. Epanchement sanguin et fécal.

OBSERVATION 52. — *Contusion de l'abdomen coup de pied de mulet. — Déchirure de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort.* — (OTIS *in. Surgical. Vol. t. t. II. p. 22*).

Homme. Coup de pied de mulet à la région ombilicale. Transporté à l'hôpital. la douleur est intense. Collapsus et vomissements. L'abdomen est distendu et extrêmement sensible à la pression. Les potions opiacées ne peuvent combattre les effrayants symptômes, et la terminaison fatale survient en 48 heures.

On trouve à l'autopsie un épanchement fécal et sanguin, et une rupture du jejunum.

OBSERVATION 53 (Résumée) *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture du jejunum. — Mort.* (BECK, *loc. cit.* 1881. p. 19.)

Dragon, reçoit un C. P. C. dans l'abdomen le 21 juillet 1880.

A son entrée à l'hôpital : pâleur du visage, extrémités froides, nez froid, pouls petit, hébétude, grande douleur de l'abdomen. R. 28. Irrégulière. Traitement : vessie de glace, opium, etc. Le soir, le blessé est couché sur le côté gauche, il est encore en état de sock, et ne parle pas. Pouls fort, irrégulier. Respiration irrégulière, fréquente ; pas de fièvre.

Le 22. Dans la nuit, sommeil, douleurs moindres, le pouls et la respiration ne sont pas altérés. Le soir, le blessé est encore plus abattu. T. 38°4. Pouls bon, mais fréquent. 108. R. 28. Extrémités froides. Anurie.

Le 23. Léger sommeil durant la nuit. T. (m). 37°4 ; P. 112. R. 27 ; vives douleurs abdominales. T. (s) 38 ; P. 108 ; R. 28.

Le 24. Pas de repos durant la nuit. Le blessé a été agité tout le temps. Grande faiblesse. T. (m) 37°2 ; P. 96 ; R. 26 ; T (s) 38 ; P. 108 ; R. 18.

Le 25. Vomissements dans la nuit. Le matin mal de tête. Emission d'urine claire en très petite quantité. T. 36°8. P. 92 ; R. 36. La situation, va s'aggravant. Facies péritonéal. Extrémités complètement froides. Pouls, 100, très fréquent. Grande douleur. Respiration accélérée.

A midi : P. 132 ; T. 37°8. On donne au blessé du champagne qu'il accepte volontiers. Vers le soir : le pouls et la respiration vont encore grandissant. Collapsus. Mort vers 8 heures et demie cinq jours après l'accident.

A l'autopsie : rupture du jejunum. Péritonite sero-fibrineuse diffuse.

OBSERVATION 54. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Lésions multiples de l'intestin. -- Section complète d'une anse d'intestin grêle. — Expectation. — Mort.* (CHAVASSE. *In Arch. Méd. Mil.* 1884. t. 4. p. 15.)

P..., 22 ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 5 décembre 1883. Etant de garde d'écurie, il a reçu la veille vers trois heures du matin, un C. P. C. dans l'abdomen et ne s'est fait porter malade qu'au moment où a sonné le réveil. *Il est venu seul à la visite, marchant le corps ployé en avant, et raconte que par l'effet du choc, il a été projeté à terre, mais n'a pas perdu connaissance.*

Le 4. Face pâle, abdomen tout à fait normal comme aspect et ne

présentant aucune trace de contusion. Modérément douloureux à la palpation, principalement autour de l'ombilic. (Santé antérieure excellente).

Pas de vomissements. Pas de selles.

Dans la nuit du 4 au 5 décembre survient un premier vomissement de matières glaireuses, sans traces de sang ; une selle peu abondante.

Le 5 à la visite, l'état de l'abdomen ne s'est aucunement modifié comme aspect extérieur ; mais la douleur à la palpation est plus vive, le pouls est précipité et petit ; le facies est pâle et terreux. Le malade est envoyé d'urgence au Val-de-Grâce.

A son arrivée : pâleur terreuse du visage qui présente le facies péritonéal. Nez étiré. Yeux excavés et cernés. Pupilles dilatées. Lèvres cyanosées, langue sèche. Peau froide. Pouls petit et rapide. Pas de vomissements. Pas de selles. Abdomen contracté, douloureux surtout à la pression. Etat de collapsus profond avec intelligence conservée. La mort survient presque subitement deux heures après son arrivée, trente-quatre heures après l'accident.

Autopsie (résumée). Signes de péritonite généralisé. Le côlon transverse apparaît contusionné à sa partie moyenne ; ses parois sont infiltrées de sang dans l'étendue de cinq cent. environ, sans que les tuniques soient déchirées. En soulevant le côlon, on trouve au-dessous et au même point que la lésion précédente une anse du jejunum complètement coupée, et dont les surfaces de section ne sont plus reliées entre elle que par le bord du mésentère. La muqueuse intestinale fait sur chaque extrémité rupturée une hernie en manchette d'environ un cent. et demi de hauteur. A cause du resserrement des fibres musculaires, on éprouve une certaine difficulté à introduire le doigt dans les bouts sectionnés. Cette rupture siège à un mètre du pylore.

OBSERVATION 55. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. sans lésion extérieure. — Rupture peu étendue d'une anse du jejunum. — Mort en 23 heures.* — (CLAUDOT *In. Arch. Méd. Mil.* 1889 t. 14. p. 54.)

OBSERVATION 56. (Résumée) *Rupture de l'intestin grêle par C.P.C. sans lésion de la paroi abdominale. — péritonite suraiguë. — Mort.* — FAVIER. (In. Arch. Méd. Mil. 1889, t. 13. p. 368)

Le 14 avril 1887 à 6 heures du matin S... reçoit dans l'abdomen une double ruade qui l'envoie rouler à plusieurs mètres. Immédiatement, vives douleurs abdominales. Vomissements. Anxiété respiratoire extrême qui dure une heure. Paroi abdominale intacte. Soupçon de rupture intestinale.

Traitement : saignée locale copieuse, glace, opium à haute dose. Diète absolue.

Douleurs abdominales vives, exagérées par une pression légère, avec exacerbation de courte durée, se propageant le long de la paroi antérieure du thorax et remontant en arrière entre les deux épaules. Depuis le matin, le blessé n'a vomi qu'une fois ; il urine facilement. A 7 heures du soir les douleurs ont augmenté, le blessé ne peut rester qu'à demi-assis et soutenu de chaque côté par deux infirmiers. Constipation. Un lavement reste sans effet. Mort le 15 avril. 24 heures après l'accident.

A l'autopsie, on trouve à la partie supérieure de l'intestin grêle, à peu près à l'union du jejunum et de la troisième portion du duodénum, une rupture occupant les deux tiers environ du calibre de l'intestin, à bords tuméfiés, et éccymosés ; les deux bouts de l'intestin, ne tiennent plus l'un à l'autre que par une languette de 4 cent. de largeur à peine et longue de 5 cent. environ.

OBSERVATION 57 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C. — Expectation. — Mort. — Déchirure du jejunum.* — (Dûe à l'obligeance de M. le médecin principal LABREVOIT).

M. 11^{me} cuirassiers, entré le 5 décembre 1891. C.P.C. reçu la veille, gardé à l'infirmerie 24 heures vu la bénignité apparente des symptômes. A son entrée à l'hôpital, l'état du blessé, relativement satisfaisant, éloigne l'idée d'une laparotomie. Mort le 6 au matin, une péritonite suraiguë étant survenue pendant la nuit.

A l'autopsie : Perforation d'une anse du jejunum, largement béante, transversale, intéressant plus des trois quarts de la circonférence de l'intestin.

OBSERVATION 58 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. Déchirure de l'intestin grêle. Expectation. — Mort.* — (FRILET. *Arch. Méd. Mil.* Juillet 1896, p. 39.)

G..., homme vigoureux, sans antécédents morbides, reçoit dans l'abdomen une violente rtiade, le 23 décembre 1895 à 9 heures du matin. Aussitôt après, douleur très vive. Etat de shock durant une heure. Pas d'ecchymoses. Pas de vomissements (le blessé était à jeun), pas de nausées ni de hoquet. Vive douleur au niveau de l'hypochondre et de la fosse iliaque gauches. Une miction, pas de selles. Le soir à 6 heures, à l'hôpital : T. 38° 5; P. 95, fréquent, fort, régulier. Respiration normale. Anxiété, pâleur du visage. Les douleurs abdominales s'accusent davantage.

Traitement : glace. Extrait thébaïque (pilules de 0,05), glace à sucer. Lavement de chloral laudanisé, précédé d'un quart de lavement émollient.

Nuit calme jusque vers quatre heures du matin. Une miction de 60 gr. d'urine environ, très trouble avec mucosités.

Le 24. Ventre ballonné, plus douloureux à la moindre pression. Respiration embarrassée. T. 38° 6. P. 104, régulier mais moins fort et plus rapide que la veille. Facies pâle mais non grippé. Toujours pas de selles, de vomissements, de nausées. On retire par le cathétérisme 600 gr. d'urine brunâtre, mais sans trace de sang. L'ingestion du liquide paraissait bien un peu douloureuse, mais elle n'était suivie ni des « douleurs vives » ni de « l'altération des traits » qui seules, d'après M. Moty, confèrent sa vraie valeur à ce moyen de diagnostic.

La laparotomie discutée, est repoussée par *trois confrères chargés du service de chirurgie dans les salles civiles de l'Hôpital*.

Vers trois heures de l'après-midi (30 heures après l'accident) surviennent des vomissements porracés très abondants. T. 35° 6; P. 130 rapide, petit, très dépressible. Refroidissement. Le cathétérisme ne retire que quelques grammes d'urine très louche.

La laparotomie ne paraît plus possible, vu le collapsus. Mort dans le coma vers 2 heures du matin, 41 heures après l'accident.

A l'autopsie : Péritoine distendu par des gaz surtout dans la région sus-ombilicale. Epanchement d'un litre de liquide verdâtre, séro-purulent. Exsudats jaunâtres, épais, surtout à gauche. A un mètre exactement du pylore dans l'hypochondre gauche, perforation

légèrement elliptique, large de 4 à 5 millim. Nombreuses ecchymoses.

Légère *ecchymose de la rate* à la partie supérieure de sa circonférence.

Les autres organes sont sains.

4^o RUPTURES DE L'ILÉON.

21 cas.

OBSERVATION 59. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'iléon. — Mort.* — (MORGAGNI. De sed. et caus. morb. Epist., 54. — CHAUVÉAU, th. Paris, 1869).

Homme de 35 ans, reçoit un double C. P. C. sur l'abdomen. Douleurs violentes. Vomissements. A son entrée à l'hôpital, persistance des douleurs. Sentiment d'un grand poids au bas ventre. Respiration difficile. Mort.

A l'autopsie, faite par Valsalva et Molinelli, pas d'ecchymose dans les muscles de l'abdomen. Epanchement sanguin considérable. Sang déjà corrompu. Rupture des vaisseaux de l'épiploon. Rupture totale de l'iléon, presque transversale.

OBSERVATION 60. (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort.* — (DUPUYTREN. Leç. orales t. VI. p. 423).

Homme. C. P. C. entre le pubis et l'ombilic. Immédiatement douleur très vive suivie de vomissements. Coliques très fortes. Ventre tendu et très douloureux à la moindre pression. (Entre seulement à l'Hôtel-Dieu, le surlendemain de l'accident 3 août 1819). Pouls petit, serré, fréquent, face livide, grippé. Sueurs visqueuses. Mort 24 heures après son entrée, trois jours après l'accident.

Autopsie : Epanchement fécal, péritonite, à la fin de l'iléon à un pied du cœcum, crevasse d'une largeur différente suivant les trois membranes : celle du péritoine avait environ un pouce ; la muscu-

leuse était de moitié plus petite ; celle de la muqueuse était encore plus étroite.

Tous les autres viscères sont sains.

OBSERVATION 61. — (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin grêle. — Mort.* — (PÉNASSE. th. Paris, 1831, n° 14, p. 15).

Homme de 23 ans, reçoit un C. P. C. lancé à grande volée, peu de temps après son repas. Douleur atroce. Perte de connaissance. Le lendemain à l'Hôtel-Dieu : Face décomposée. Nausées. Vomissements de matières bilieuses. Respiration pénible, courte ; pouls petit, très fréquent. Refroidissement. Abdomen très douloureux, surtout à la pression. Anurie.

Traitement : Saignée locale. Bain. Évacuation d'urine et de matières non sanglantes.

Aggravation progressive. Mort, 33 heures après l'accident.

A l'autopsie : épanchement stercoral. Péritonite. Ecchymoses du mésentère. Déchirure arrondie, de la largeur d'une pièce de 1 franc, du jéjuno-iléon. Tous les autres organes sont sains.

OBSERVATION 62 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'iléon. — Mort.* — (CHAVASSE. loc. cit. p. 102. POLAND. loc. cit. p. 149).

Hussard de 37 ans. C. P. C. au-dessus du pubis, Douleur excessive. Tympanisme. Vomissements. A l'autopsie : déchirure de l'iléon, avec épanchement de matières fécales. Mort en 48 heures.

OBSERVATION 63 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'intestin grêle. — Mort.* — (POLAND p. 149. — CHAVASSE p. 104. loc. cit.)

Homme reçoit un C. P. C. dans la région hypogastrique. Pas d'ecchymose. Péritonite. A l'autopsie : Tiers inférieur de l'iléon déchiré en travers. Mort en 30 heures.

OBSERVATION 64 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C., sur une hernie. — Mort.* (POLAND, *loc. cit.*, p. 159).

Homme de 40 ans, reçoit un C. P. C. sur une hernie réductible, mais non contenue par un bandage. Se rend péniblement à l'hôpital. Collapsus, douleur dans le sac. Péritonite rapide. Prostration extrême. La hernie est refoulée à l'entrée du sac. (Sangues comme traitement).

Mort en 34 heures. Rupture de l'iléon admettant une plume dans son diamètre, et à 7 pouces de sa terminaison, épanchement de matières fécales et péritonite. Gaz qui s'échappent à l'ouverture de l'abdomen.

OBSERVATION 65. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Mort.* — in MOUILLÉ. *Arch. M. Mil.* 1861).

M. palefrenier, étant en train de panser un cheval reçoit une ruade dans la région hypogastrique entre le pubis et l'ombilic. Transporté à l'hôpital, il y meurt 24 heures après l'accident.

A l'autopsie on trouve la cavité péritonéale remplie d'une grande quantité de matières fécales liquides, et à la fin de l'iléon, à un pied du cœcum, une crevasse d'une largeur différente suivait les trois membranes : celle du péritoine avait environ un pouce ; la musculaire était de moitié plus petite ; enfin *celle de la muqueuse était encore plus étroite* ; tous les autres viscères étaient sains.

OBSERVATION 66 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin grêle. — Expectation, mort.* — (LEDUC, in thèse Inchauspé. Paris 1877).

Homme 42 ans. C. P. C. sur l'hypochondre droit où l'on reconnaît la trace du fer. Syncope d'une demi-heure, puis vives douleurs dans la partie droite de l'abdomen, pouls petit, refroidissement. Ventre excavé, très douloureux à la plus légère pression.

2^e jour. Aggravation. Vomissements bilieux. Pas de selles. Rétention d'urine (couleur acajou).

3^e jour. Ballonnement du ventre qui est très douloureux. Vomis-

sements et déjection diarrhéique. Mort dans la nuit en pleine connaissance.

Autopsie. Epanchement de matières fécales. Péritonite généralisée. Rupture allongée de l'intestin siégeant à 1 mètre de la valvule iléo-coecale. Epanchement de sang autour du rein droit et dans la gaine du psoas.

OBSERVATION 67 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Gangrène avec perforation consécutive. — Mort. — Déchirure de l'intestin grêle. — Absès du foie.* — (BECK, in *D. z. für Chir.* 1879, t. II, p. 207).

Dragon, reçoit le matin du 11 avril 1877 un C. P. C. dans l'abdomen. Renversé par le choc. Syncope. Nez froid. Extrémités froides. Pouls petit, accéléré. Symptômes de péritonite. Rétention d'urine. Cathéterisme.

Le 12 et 13. État stationnaire. Traitement : vessie de glace, diète, etc.

Le 14 et le 15. Chûte de la température qui ne dépasse pas 38°. Disparition des douleurs. Miction et selles spontanées. Amélioration de l'état général. On porte un pronostic favorable. Même traitement.

Dans la nuit du 15 au 16. Agitation. Vomissements bilieux. Aggravation des symptômes. Au matin : collapsus. Fièvre.

Le 17 avril au soir, mort à 8 heures 1/2, sept jours après l'accident.

A l'autopsie : Inflammation des intestins. Adhérences multiples. Exsudats épais sur la séreuse au point contus. Epanchements de pus et de matières fécales. A 2 m. 74 du cœcum perforation de l'intestin grêle d'un diamètre d'une pièce de 10 pfennigs, avec plaque de gangrène sur les bords très épaissis. Foie augmenté de volume. Exsudats sur le lobe inférieur droit, sur la face convexe du foie. Absès purulent.

OBSERVATION 68. (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'iléon. — Mort.* — (BECK, 1881. *loc. cit.* I. 16).

Dragon, reçoit dans la nuit du 28 au 29 mai 1880 un C. P. C. dans l'abdomen. Vive douleur. Pas de perte de connaissance.

Le 29 au matin. Vive douleur au point frappé. Soif vive. Temp. : 38° 3. Pouls plein et fort : 116. (Vessie de glace. Opium, etc.) dans la nuit du 29 au 30, un peu de repos.

Le 30 au matin langue chargée. soif vive. T : 37° 8. Pouls plein : 116. Même traitement.

Dans la journée. Miction spontanée.

Le 31 : T. (m.) 37° 5 ; (s.) 38°, P. (m.) 104. : (s) 128 faible.

Le 1^{er} juin. T : 39. Pouls 132. Mort dans la nuit. Quatre jours après l'accident. A l'autopsie. Rupture de l'iléon, (large d'un cent.) correspondant juste au point qui était le plus douloureux. Au niveau de la déchirure : fortes adhérences.

Tous les autres organes sont sains « *ce qu'il y avait de particulierement remarquable, dit Beck, c'est que les matières fécales ne s'étaient pas épanchées par la rupture ; seuls les gaz avaient fait issue.* »

OBSERVATION 69 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. Rupture de l'iléon. — Mort.* (BECK. 1881 *loc. cit.* p. 14

Dragon, reçoit un C. P. C. dans l'abdomen le 18 mars 1880, vers trois heures de l'après-midi. Vertiges. *Le choc n'ayant pas été considérable, le blessé dit ne pas souffrir, et se couche sans voir le médecin.* Dans la nuit : douleurs, vomissements.

Le 19 au matin. Vives douleurs dans le bas-ventre, en marchant, le malade se tient courbé en avant, mais sans aides.

Vomissements verdâtres. Constipation. Urines rouges, foncées, douleurs à la miction ; mais comme le blessé avait mangé comme d'habitude, on pensait à une contusion légère.

Vu à l'hôpital, le 19 à six heures du soir. Décubitus dorsal. Anxiété du visage. T. 37. Respiration costale, accélérée 20. Pouls 72. Pas d'ecchymose. Abdomen souple ; pas de résistance, mais douleur spontanée et à la pression. A la percussion : tympanisme partout, mais matité dans la région iliaque gauche. Langue humide. Pas d'appétit. Vives douleurs dans les deux hypochondres.

Traitement (opium, vessie de glace). Malgré un calme momentané, le blessé après avoir vomi un demi litre d'un liquide verdâtre meurt vers neuf heures du soir, trente heures environ après l'accident. Autopsie. Rupture de l'iléon avec péritonite fibrino-purulente diffuse.

Beck fait remarquer que dans ce cas, le blessé *n'avait vu le médecin que vingt heures après l'accident. Le pouls était déjà petit, la respiration accélérée, et il était beaucoup trop tard pour pouvoir lutter avec succès, contre l'infection du péritoine, (étant donné surtout que le blessé avait mangé)*

OBSERVATION 70 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'iléon. — Mort. — (BECH, in deut. Zeit. f. Chir. 1881, t. 15, p. 41).*

Dragon, reçoit le 1^{er} juillet 1879, vers 8 heures du soir un C. P. C. sur le côté droit de l'abdomen. Renversé par le choc, mais se relève aidé par les camarades, *et se rend lui-même à la chambrée pour se coucher.* La douleur étant de moyenne intensité, la percussion partout normale, le pouls bon, on croit à une contusion légère ; malheureusement les symptômes s'aggravent durant la nuit. Au matin, à la visite : Respiration. 32. Pouls fréquent : 120. Température, 38° 6. Affaiblissement progressif, mort vers 5 heures du soir (le 2 juillet) 21 heures après l'accident.

A l'autopsie ; petite déchirure de l'iléon. Beck fait remarquer, combien dans ce cas, il est regrettable que l'immobilisation n'ait pas été aussitôt faite. *Le traitement médical commencé à temps (opium, etc.) aurait pu sauver ce malade dont tout le ventre était souple, et qui se présentait dans d'excellentes conditions.*

OBSERVATION 71. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin grêle. Expectation. — Mort. — (LENTZ gaz. méd. Strasb. 1881 p. 66).*

Homme de 34 ans. C. P. C. Vives douleurs dans l'abdomen. Vomissements porracés. Péritonite. Mort le 5^e jour.

A l'autopsie, perforation comme une pièce de 2 fr. sur une portion de l'iléon.

OBSERVATION 72. (Résumée). *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort.* — (in thèse, DUMEZ, Paris 1882). OLLIVE et BOUÏCLI. *in fr. méd.* 1882. t. 2. p. 782).

Homme fort et vigoureux de 28 ans reçoit un violent coup de pied de cheval. La percussion est telle que le malade perd presque connaissance. Transporté à l'hôpital sur un brancard. T. 36°8

Le lendemain matin : faciès pâle, subictérique, légèrement plaqué d'un rouge violacé sur les deux joues. Yeux ternes, orbites excavés. Parole difficile.

Depuis son entrée : vomissements alimentaires, glaireux et bilieux puis porracés. Langue sèche, soif intense. Pas de selles. Pas de gaz. Dyspnée légère.

Abdomen extrêmement douloureux, palpation impossible. Pas de ballonnement. Sonorité sauf dans l'hypochondre droit, où l'on trouve une exagération de la matité hépatique qui descend en bas, à un travers de main du rebord costal. Anurie : cathétérisme sans succès

Pouls petit, serré, peu fréquent. T. du matin 36°4.

Le blessé va en s'affaiblissant et meurt dans la journée du cinquième jour.

A l'autopsie : très légères fausses membranes faisant adhérer les viscères. Perforation à 1 mètre du cœcum. Les bords de celle-ci sont légèrement collés l'un à l'autre, et des fausses membranes avaient établi une adhérence avec une anse voisine. Forte congestion des méninges encéphaliques.

OBSERVATION 73 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort.* — (In thèse DUMEZ, Paris, 1882).

Homme 38 ans. C. P. C. à l'hypogastre. Se plaint 4 heures après l'accident. Visage amaigri et terreux. Yeux excavés. Peau froide, sèche. Pouls petit, filiforme, 140. Sensibilité abdominales, extrême. Vomissements. Mort en 22 heures.

A l'autopsie : péritonite et exsudats. On trouve à 1 m. 60 du cœcum une perforation ayant la largeur d'une pièce d'un franc.

Tous les autres organes sont sains.

OBSERVATION 74. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'intestin grêle. — Mort.* — (BECK, *Deut. z. f. Chir.* 1884, t. 19, p. 511).

Dragon, reçoit le 22 août 1882, après-midi un C. P. C. dans le bas ventre. Malgré de vives douleurs et de fréquents vomissements, il *attache peu d'importance au traumatisme*. Les douleurs devenant plus vives, et se trouvant dans un état de collapsus il est transporté à l'hôpital le lendemain.

Le 23, à son entrée; grande faiblesse. Météorisme. Sensibilité exquise. Pouls filiforme, presque incomptable. Respiration très fréquente 56, superficielle, en un mot, tous les symptômes d'une péritonite septique. Situation désespérée. Injections d'éther.

Mort à 11 heures 1/2 dans la nuit, 36 heures environ après l'accident.

A l'autopsie : Adhérences. Exsudats. Epanchements de matières fécales. A 1 m. 60 du pylore et à 1 m. 13 du cœcum, rupture totale et profonde de l'intestin grêle. Les deux segments étaient seulement reliés ensemble par un pont de sérosité très étroit, et à chaque extrémité la muqueuse était renversée de façon à obstruer la lumière du calibre intestinal, qui n'admettait plus que le petit doigt.

Beck fait remarquer que dans ce cas « *une intervention immédiate n'était pas possible étant donné l'état du blessé. D'autre part, la rupture était située si profondément qu'on se serait heurté aux plus grandes difficultés. D'ailleurs, les matières fécales étant répandues dans toutes les directions; une désinfection totale de la cavité péritonéale eût été impossible* ».

OBSERVATION 75 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure du péritoine et de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort.* — (SCHWARTZ, in *Revue gén. clin. et thér.* p. 401, 1887).

Homme 56 ans, robuste, reçoit, vers 7 heures du matin, le 24 décembre 1884, un C. P. C. dans la région iliaque droite. Douleur très vive. Etat syncopal grave. Vomissements alimentaires qui ne se renouvellent que deux fois. A son entrée à l'hôpital : facies grippé, pouls petit, filiforme, Extrémités froides. Respiration difficile.

Urines rares quoique sanguinolentes. Ventre légèrement ballonné, douloureux, surtout à la palpation dans la fosse iliaque droite.

Traitement : glace intus et extra. Injections de morphine

Mort 6 heures après l'accident, dans un état comateux.

A l'autopsie : déchirure de la grandeur d'une pièce de 5 francs de l'aponévrose profonde de l'abdomen et du péritoine pariétal. Dans la fosse iliaque droite, circonvolutions intestinales contuses, très fortement vascularisées. Sur l'une d'elles, à 15 cent. du cœcum, perforation de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, sans que l'on puisse constater d'effusion de matières fécales, l'intestin étant vide à ce niveau. Péritonite adhésive généralisée. Un peu d'épanchement de sang dans le petit bassin. Un verre d'épanchement sanguinolent dans la plèvre gauche.

OBSERVATION. 76. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort.* — (MITCHELL, in *Boston med. and. S. Journ.* 1888. 3. p. 76. in *arch. med. Mil.* 1888. 11. p. 333).

Homme reçoit à midi un C. P. C. sur le côté droit de l'abdomen. Pas d'ecchymose. Deux heures après grandes douleurs, extrémités froides. Pouls 80. T. 37°. Repos jusqu'au soir 7 heures grâce à la morphine. Rétention d'urine. Cathétérisme. Vomissement. Dans la nuit douleur générale dans tout l'abdomen. Nouveau cathétérisme : issue d'urine limpide. Le lendemain matin : grande agitation.

Pouls irrégulier, faible. T. 38°8. Peu de tympanisme. — Miction volontaire. Plusieurs vomissements. Compresses froides sur l'abdomen. Mort, le soir à 9 heures 30 ; 33 heures après l'accident.

A l'autopsie : déchirure de l'iléon, longue de 3/4 de pouce à 3 pieds au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Intestins et épiploon adhérents et baignés dans un liquide purulent.

OBSERVATION 77 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'intestin grêle, et très légère déchirure de la rate. — Expectation. — Mort.* — MOTY, loc. cit.

C..., reçoit le 14 novembre 1889, deux C. P. C. dans l'abdomen. Renversé par la violence du choc. Vomissements et menaces de syncope aussitôt après.

Le soir à 6 heures à l'hôpital ; pas de vomissements, douleurs peu intenses, ventre sensible, non ballonné. Traitement : opium.

Le 15. Etat général semble bon. Pouls petit, rapide, régulier, face pâle, inquiète, *sans avoir le cachet péritonéal caractéristique*.

Le blessé dit que l'un des P. C. a porté vers l'ombilic et l'autre dans le flanc gauche. Pas trace de contusion. Ventre dur, non ballonné, toujours douloureux à la pression.

Pas de vomissements. Pas de symptômes inquiétants. Traitement : glace, pilules, opium.

Dans la soirée aggravation rapide des symptômes ; mort le 16 à 4 heures du soir ; 48 heures après l'accident.

A l'autopsie : pas de liquide, un peu de gaz, exsudats. A l'union des deux tiers supérieurs de l'intestin grêle avec son tiers inférieur, on trouve une plaie ovalaire à grand diamètre parallèle à l'axe de l'intestin ; par cette plaie, la *muqueuse déchirée sur une étendue moins considérable que la séreuse*, fait hernie, borde toute la solution de continuité, et n'eut adhérer par sa partie déchirée avec la surface péritonéale de l'intestin formant ainsi une sorte d'anus contre nature intra-abdominal.

Très petite *déchirure de la rate* à son bord postérieur au voisinage du rein gauche. Cette lésion n'a pas été suivie d'hémorragie.

OBSERVATION 78 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Déchirure de l'intestin grêle.* — *Expectation.* — *Mort.* —
(NIMIER in Arch. Med. Mil 1893. p. 433).

M. reçoit à 11 heures 1/2 du matin le 4 décembre 1891 une ruade dans le bas ventre, se relève et gagne l'infirmerie. Facies normal. Pas de stupeur, pas de tendance à la syncope. Pouls bon mais rapide. Respiration gênée. Douleur abdominale exagérée par la pression. Pas de vomissements. Homme à jeun au moment de l'accident.

Le soir, T. 37°,6. Nuit bonne. Une miction. Soif vive.

Le 5 : à cinq heures du matin : un vomissement. T. 38°,3, visage pâle, non grippé, sueurs, ventre dur, peu ballonné, mais très douloureux. Respiration courte et rapide. Refroidissement. Pouls petit et rapide. Pas de selles.

Dans la journée : sensible amélioration. T. 37°,9, ventre moins tendu. L'ingestion d'un peu de limonade glacée, ne provoque au-

cune douleur. Dans la soirée : quelques vomissements peu abondants, plutôt des nausées.

Une miction d'urines foncées mais limpides ; toujours constipation.

Dans la nuit d'abord calme, ensuite agitation et vomissements jusqu'au jour.

Le 6. Légère stupeur. Délire. Traits tirés, lèvres cyanosées. Extrémités froides. Pouls insensible. T. 38°,6. Pas de vomissements. ventre un peu plus tuméfié ; à la palpation, liquide épanché dans les parties déclives.

Mort 48 heures après l'accident.

A l'autopsie : épanchement liquide jaunâtre. Pas de gaz, à 1 m. 50 environ du jejunum on trouve une perforation largement béante, de la dimension d'une pièce de 5 francs, intéressant plus des trois quarts de la circonférence de l'intestin.

Les autres viscères sont sains.

OBSERVATION 79. — (inédite) *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Déchirure de l'iléon.* — *Mort.* — (Observation due à l'obligeance de M. le Médecin Major Colnenne).

Le sept octobre 1895, B., chasseur, reçoit un C. P. C. dans l'abdomen un peu au-dessus de l'arcade crurale, au niveau du canal inguinal. Le blessé *qui était appuyé, au moment du choc, contre un pilier en bois, placé à 0,50 cent. environ du cheval, fut renversé mais ne perdit pas connaissance.* Vomissements. Anxiété.

Vu, vingt minutes après l'accident : facies grippé, pâle, vomissements alimentaires, *le blessé était en pleine digestion,* s'accompagnant de violents efforts. Douleur très vive dans le flanc droit s'irradiant dans tout l'abdomen. Pas de miction. Pas de selles. Pouls petit, quelques intermittences. Respiration gênée. T. : 36° 5. Pas d'ecchymose. Vive douleur à la pression.

Transporté à l'hôpital, légère amélioration. Pouls et respiration meilleurs ; mais les vomissements continuent. Traitement : diète absolue, pilules d'opium.

Durant la nuit : quelques vomissements, mais miction spontanée. Urine normale.

Le 8. Aggravation des symptômes. Dyspnée. Anxiété extrême. facies péritonéal. Pouls : 130, fréquent, petit, à peine perceptible.

Langue sèche. Tendance au refroidissement. Soif intense. Toujours pas de selles. Traitement : Glace intus et extra. Opium en pilules. Quelques cuillerées de thé au rhum.

La laparotomie discutée par M. Colnenne avec les médecins de la garnison est rejetée en raison de la faiblesse toujours croissante du blessé qui meurt à midi, presque subitement dans le collapsus, 15 heures environ après l'accident.

Autopsie. Pas d'ecchymose externe, mais ecchymose très manifeste le long du cordon. Epanchement de gaz et de liquide (1 litre 1/2 environ) mélangé à des débris alimentaires (morceau de pommes de terre, fragments d'abricots). Adhérences. Fausses membranes épaisses.

Perforation de l'iléon, de la diminution d'une pièce de 0, 50 cent., faite comme à l'emporte-pièce, située à 1 m. 50 au-dessus du cœcum sur la face diamétralement opposée à l'insertion mésentérique : à droite et à gauche de la perforation, forte contusion, se manifestant sous la forme d'une plaque violacée, longue de 10 cent. et large de 2 cent.

Tous les autres organes sont sains.

5^o RUPTURES MULTIPLES

9 cas.

OBSERVATION 80 (résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Lésions multiples de l'intestin grêle.* — *Mort.* — (POLAND, p. 145. CHAVASSE, p. 108, *loc. cit.*)

Cocher de 22 ans, reçoit un C. P. C. sur le côté gauche, entre les côtes et l'os iliaque. Pas d'ecchymose. Mort en 30 heures.

A l'autopsie : Deux ruptures du jejunum à 18 pouces du duodénum. l'une occupe le tiers du calibre, l'autre la presque totalité. Epanchement de matières fécales dans l'abdomen. Péritonite et adhérence des anses intestinales.

OBSERVATION 81 (Résumée). *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Mort. — (rupt. multiples de l'intestin grêle)* (in MOUILLIE. *Arch. de Méd. Mil.* 1861).

V. 26 ans, étant *en état d'ivresse* reçoit un coup de pied de cheval, à la région abdominale, un peu au-dessous de l'ombilic. le 28 février 1856.

Douleur extraordinairement vive au point frappé, gagnant avec une rapidité extrême toutes les parties de l'abdomen.

Le facies exprime une vive souffrance, decubitus dorsal, jambes dans la flexion et rapprochées du tronc. Langue presque froide et sèche, voix un peu voilée, pouls petit, misérable, excessivement fréquent; extrémités froides et un peu cyanosées, peau couverte d'une sueur visqueuse, vomissements de matières verdâtres, suivis et précédés de hoquet; respiration rapide et purement costale, surtout dans les inspirations; ventre ballonné; exploration à peine permise.

Traitement : diète absolue, opium, immobilité totale.

Dans la nuit du 28 au 29, même état. Vomissements plus fréquents, soif vive, pas de selles. Le cathétérisme ne donne sortie qu'à quelques gouttes d'une urine épaisse et rougeâtre. Aucun soulagement.

Le 29 au matin. Pouls à peine sensible. Cyanose des extrémités. Amaigrissement extraordinaire. Hoquet presque continu, respiration pénible et très rapide. Vomissements incessants. Constipation. Soif impérieuse.

Mort dix-neuf heures après l'accident.

À l'autopsie on trouve aux flancs et dans le petit bassin une sécrétion blanchâtre, purulente et contenant des flocons fibrineux avec une quantité considérable de matières fécales liquides.

Au niveau de l'ombilic et à 2 cent. sur le flanc droit, on trouve une anse de l'iléon qui présente, sur une longueur de cinq cent. environ, deux ouvertures, l'une de deux lignes à peu près, l'autre d'environ aussi un demi cent. et qui semblent avoir été produites avec un emporte-pièce. Pas d'hémorrhagie.

Les autres organes sont sains.

OBSERVATION 82. — (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Mort. — Ruptures multiples de l'intestin grêle.* (MOUILLIÉ, in *Arch. méd. Mil.* 1861).

P..., 24 ans de service dont 16 en Algérie. Constitution usée par le service militaire, son séjour en Algérie, et surtout par l'abus des boissons alcooliques.

Le 4 novembre en *état d'ivresse* reçoit un coup de pied de cheval à l'abdomen, le 4 novembre 1856.

Observation en tout semblable à la précédente. Même aspect. Ballonnement du ventre donnant un son mat à la percussion. Vomissements verdâtres incessants.

Pas de selles. Anurie, malgré le cathétérisme. Mort 20 heures après l'accident.

On trouve à l'autopsie, à la partie inférieure de l'iléon, à 8 centimètres, environ avant la valvule iléo-cœcale, dans une étendue de 6 centimètres à peu près, *trois perforations de l'intestin* ; les trois tuniques complètement rompues : parmi les trois perforations, celle du milieu est la plus considérable et du diamètre d'un centimètre ; les deux autres ne présentent qu'une ligne ou deux d'étendue.

Les autres organes sont sains.

OBSERVATION 83. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Lésions et ruptures multiples de l'intestin grêle. — Expectation — Mort.* — (BÉDIÉ, in *Rec. Med. et Chir. Mil.* 1861).

Homme C. P. C. dans le flanc gauche. Stupeur, refroidissement général du corps. Nausées dès le début. Vomissements presque incorecibles de matières fécales. Mort au 4^e jour.

A l'autopsie, péritonite et exsudats ; à la partie moyenne du jéjuno-iléon perforation presque ronde du diamètre d'une pièce de 1 francs à bords frangés. Plus bas, aussi à gauche, au voisinage de la vessie, perforation d'un diamètre de 5 francs, plus irrégulière que l'autre.

OBSERVATION 84 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Contusion de l'S iliaque. — Déchirures multiples de l'intestin*
grêle. — Expectation. — Mort. — (DUGUET, in *Bull. soc. Anat.*
1863, p. 313.)

Homme de 38 ans, C. P. C. dans l'hypochondre gauche, ecchymose ayant entièrement la forme d'un fer à cheval à concavité tournée en haut. Fait un *trajet d'une heure à pied* pour se rendre à l'hôpital.

Facies abattu et fatigué. Ventre peu tendu, sans être ballonné, légèrement douloureux. Pouls lent, petit, refroidissement, pas de selles, pas de vomissements, nausées fréquentes.

Sur le soir, violente douleur, agitation, vomissements verdâtres, bilieux. Ventre tendu, soif intense. Insomnie.

Le lendemain matin le blessé se lève *lui-même trois fois pour aller à la garde-robe au bout de la salle*. Les vomissements et la douleur continuent. Léger ballonnement du ventre. Mort 23 heures après l'accident.

A l'autopsie : épanchement d'un litre de liquide séro-sanguin. La moitié gauche du mésentère a trois déchirures en avant de 1 à 3 centim. de largeur et de 3 à 6 centim. de longueur ; une déchirure en arrière longue de 6 centim. large de 5 à la base.

A 60 centim. du duodénum déchirure de l'intestin grêle comprenant les deux tiers au moins de la portion libre de l'intestin, 8 centim. plus bas, seconde déchirure ; 6 centim. au-dessous, troisième ouverture circulaire.

Contusion de la partie supérieure de l'S iliaque. Infiltration sanguine du *rein gauche*.

Les septième, huitième, neuvième, dixième, onzième côtes sont fracturées. Fracture de l'extrémité inférieure du radius.

OBSERVATION 85. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirures multiples de l'intestin grêle. — Mort.* — (BECK *D. z. für Chir.*, 1879, t. II, p. 210.)

Soldat du train, reçoit le 12 août 1878, 8 heures du matin, un double C. P. C. dans l'abdomen à droite du nombril. Serait tombé s'il n'avait été soutenu.

A l'hôpital : léger collapsus, pouls faible et fréquent. Vives douleurs de l'abdomen dans la région de la vessie et du nombril. Anurie. Vomissements aussitôt après l'accident et dans l'après-midi. Pas de matité. Pas d'appétit. Langue chargée. Pas d'hypéresthésie.

Le 12. On ramène par le cathétérisme, une urine absolument claire. T. 37° 8 ; P. 94. Vessie de glace. Diète absolue.

Le 13. Vomissements. Toujours collapsus. Pouls fréquent et très petit. Respiration superficielle et costale. Léger ballonnement du ventre, douloureux surtout à la pression. A droite du nombril légère matité. Deux cathéterismes. T. 37° 2. P. 104.

Le 14. Amélioration mais pouls très petit. Nez étiré. Yeux cernés. Pas d'appétit. Douleurs abdominales toujours vives. Insomnie. Constipation. Langue très chargée. Vomissements. Le malade refuse toute nourriture. Miction spontanée. T. 36° 6. P. 100.

Le 15. Collapsus complet. Extrémités et nez froid. Yeux très cernés. Anxiété du visage. Peau jaunâtre. Pouls très fréquent à peine perceptible. Abdomen très tendu et ballonné, douloureux spontanément et à la pression. A gauche, et au-dessous du nombril, augmentation de la résistance et matité intense. Respiration superficielle purement costale. Langue très sèche et saburrale.

Le 16. Vomissements dans la nuit. S'est assis sur son lit et a ressenti aussitôt comme une déchirure dans l'abdomen. Augmentation des douleurs et des vomissements. Miction impossible. Cathétérisme.

A 11 heures du matin mort en pleine connaissance, dans le collapsus, cinq jours après l'accident.

A l'autopsie : Epanchement de matières fécales, liquides, et de gaz. Ecchymoses nombreuses et de différentes grandeurs sur l'intestin, à gauche dépôts purulents.

En deux points, rupture de l'intestin ; l'une de 2 à 3 cent., l'autre de 2 cent. de long avec bords irréguliers et épaissis.

En un troisième point, large ecchymose.

Beck fait remarquer qu'il ne faudrait pas croire que la déchirure s'était seulement produite au moment accusé par le blessé ; *la péritonite étant déjà manifeste auparavant. La déchirure avait suivi immédiatement le traumatisme*, car il n'y avait nulle part de plaques de gangrène.

OBSERVATION 86 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P.*
C. — *Ruptures multiples de l'intestin grêle. — Expectation. —*
Mort. — (GENDRON, in *Bull. Soc. An.*, 1882, p. 141).

Homme de 25 ans, vigoureux. Double C. P. C. Une demi-heure après, vomissements alimentaires, puis bilieux durant toute la nuit.

Le lendemain matin à l'hôpital : facies altéré. Refroidissement. Pas de vomissements, mais nausées. Pas de selles. Trois mictions depuis l'accident avec urine normale. 52 respirations à la minute. *Pouls radial insaisissable*. T. 37° 7. Ventre ballonné, douloureux. Le soir : Agitation extrême. Vomissements. Ventre ballonné. T. 36° 9. Mort 29 heures après l'accident.

A l'autopsie : Epanchement considérable de gaz, de sang (2 litres). Perforation à la partie moyenne de l'iléon (comme un franc), 3 larges déchirures mésentériques au-dessous. L'intestin est un peu contus par places, sur plusieurs points le péritoine viscéral est déchiré, la musculaire est à nu.

OBSERVATION 87. (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P.*
C. — *Déchirures multiples de l'intestin grêle. — Expectation. —*
Mort. — (ANDRÉ. In. *Arch. Méd. Milit.* 1888. T. 12. p. 436)

T. reçoit, le 5 mai 1885, une ruade à une distance telle que la détente des jarrets pouvait produire son maximum d'effet. Les deux sabots du cheval ont atteint le cavalier au milieu du ventre.

Traits contractés. Pouls misérable. Grande douleur par la pression un peu au-dessus de l'ombilic à droite et à gauche. Quelques nausées. Vomissements à six heures du soir. Ventre ballonné. Aggravation des symptômes pendant la nuit. Mort moins de 24 heures après l'accident.

A l'autopsie. Péritonite suraiguë. On trouve sur une anse de l'intestin grêle, appliquée contre la colonne vertébrale, à gauche une première perforation à l'emporte-pièce, d'un diamètre d'un centimètre environ. Tout autour, la tunique séreuse a disparu sur une étendue de 10 cent. environ, dans le sens longitudinal et sur la face antérieure de l'anse ; les autres tuniques sont contuses et envoient de

sphacèle. Au même niveau sur un plan postérieur, autre anse de l'intestin grêle, presque entièrement sectionnée en travers. Cette lésion est située à 25 cent. environ du pylore. Entre les deux lésions il y a 1 m. 25 de séparation. Tous les autres organes sont sains.

OBSERVATION 88. (RÉSUMÉE). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Perforation et lésions multiples de l'intestin grêle. — Expectation. — Mort.* (NIMIER, in Arch. méd. Mil. 1893. p. 435).

P..., reçoit à 6 heures du matin, le 16 décembre 1892, une ruade. Douleur si légère que le blessé peut remonter à cheval. Ventre normal. État général bon. Mais vomissements alimentaires. Coliques vagues. Pas de selles, pas de miction depuis l'accident.

Traitement : diète absolue, etc. Le soir T. 39°3. Une selle normale. Une miction. Vomissements bilieux. Peu de douleur. Pouls bon. Nuit assez bonne, sans vomissements.

Le 17. T. 39°1. Pouls petit. Vomissements fécaloïdes. Pouls imperceptible. Température dans la journée : 39°6. Le malade se trouve très bien et demande à manger. Meurt subitement 38 heures après l'accident. A l'autopsie : grande quantité de gaz fétides, et de liquide fécaloïde. Péritonite généralisée.

On trouve sur l'intestin grêle, en arrière du côlon transverse une perforation circulaire du diamètre d'une pièce de 2 francs, trois autres anses intestinales offrent des ecchymoses, des infiltrations sanguines, des eschares atteignant 2 et 3 centimètres de longueur, allongées suivant l'axe de l'intestin et sur son bord libre.

Tous les autres organes sont sains.

LÉSION DE L'INTESTIN GRÊLE (1)

SANS INDICATION DU POINT LÉSÉ	DUODÉNUM	JÉJUNUM	ILÉON	LÉSIONS MULTIPLES
N° 36 <i>t. h.</i> (1)	N° 43	N° 46	N° 59 <i>t.</i> (1)	N° 80
— 37	— 44	— 47	— 60	— 81
— 38 <i>t. h.</i> (1)	— 45	— 48	— 61	— 82
— 39		— 49	— 62	— 83
— 40		— 50	— 63	— 84
— 41		— 51	— 64	— 85
— 42		— 52	— 65	— 86
		— 53	— 66	— 87
		— 54 <i>t.</i> (1)	— 67	— 88
		— 55	— 68	
		— 56 <i>t.</i> (1)	— 69	
		— 57	— 70	
		— 58	— 71	
			— 72	
			— 73	
			— 74	
			— 75	
			— 76	
			— 77	
			— 78	
			— 79	
Sept cas.	Trois cas.	Treize cas.	Vingt-un cas.	Neuf cas.

(1) La lettre *t.* signifie section totale.

— *h.* — que le sujet était porteur d'une hernie.

II. Ruptures du gros intestin.

6 CAS.

1^o LÉSIONS MULTIPLES PORTANT A LA FOIS SUR L'INTESTIN GRÊLE
ET LE GROS INTESTIN.

2 CAS.

OBSERVATION 89 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Lésions de l'intestin grêle et du gros intestin.* (POLAND p. 144.
CHAVASSE p. 111. *loc. cit.*)

Homme de 36 ans, C. P. C. sur l'abdomen. Syncope. Douleurs violentes de l'abdomen. Vomissements. Pâleur et anxiété du visage. Six heures après, accroissement des douleurs. Vomissements continus. Pouls faible, 140. Abdomen plat et rigide. Flexion des jambes. Le blessé ne peut supporter le poids des couvertures. Rétention d'urine. On ramène par le cathétérisme deux pintes d'urine très colorée. Mort en dix-huit heures.

Autopsie. La partie supérieure du jejunum est rompue à moitié ; cette déchirure est ovale, et la muqueuse fait saillie. Ecchymose du côlon. Epanchement d'un liquide séreux mêlé de bile et de matières fécales. Péritonite étendue. Hémorrhagie dans le mésocôlon provenant de la rupture des vaisseaux mésentériques.

OBSERVATION 90 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C.*
— *Déchirures de l'intestin grêle et du gros intestin.* — *Expectation.* — *Mort.* — (in DRUILLET, thèse Paris 1882).

Homme de 35 ans, reçoit deux C.P.C. à une distance d'un mètre environ, au niveau de la région ombilicale.

Face grippée et pâle. Douleurs atroces dans le ventre. Extrémités froides. Pouls 100. T. 36, pas la moindre trace de contusion extérieure. Immédiatement après l'accident, vomissements alimentaires. On lui fait boire du vin qu'il vomit aussitôt. Miction facile.

Le soir, plus de vomissements, mais ventre distendu, résonnant

comme un tambour. Emphysème de toute la moitié inférieure du ventre, y compris les bourses. Pas de selles, pas de gaz. Mort 13 heures après l'accident.

A l'autopsie : Quantité considérable de gaz fétides qui distendaient considérablement le ventre et la poitrine. Le grand épiploon apparaît rougeâtre, sanglant et déchiré dans une étendue transversale de 8 cent. au moins ; au niveau du côlon transverse, l'intestin grêle est enlevé de son extrémité inférieure jusqu'à 50 cent. de l'estomac. Peu de liquide dans le péritoine.

Dans sa partie située immédiatement au-dessous de la déchirure de l'épiploon, le côlon transverse est largement ouvert en arrière ; au-dessous et un peu à droite le duodénum, dans sa deuxième portion, est sectionné presque entièrement et les bords de la section sont assez réguliers.

Contusion du foie près de la vésicule biliaire.

2^o RUPTURES DU CÆCUM

1 cas

OBSERVATION 91. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure du gros intestin. — Expectation. — Mort.* — (BOEKHORST *In. Milit. Geneesk. Tijdschrift* 1896. 3. p. 174. NIMIER *Arch. Méd. Mil.* 1896. octobre. p. 271).

Hussard de 19 ans reçoit le 21 mars 1895 un C. P. C. Anxiété. Douleur dans le côté droit du ventre au niveau de la fosse iliaque, et à gauche, à un travers de main au-dessus du pli de l'aîne ; Pouls : 68, fort Traitement : 0,01 de poudre d'opium toutes les heures. Vessie de glace sur l'abdomen. Soir : Pouls : 68, fort. T. 37°8. Sommeil dans le decubitus latéral gauche. Douleurs abdominales au matin.

Le 22. 9 heures matin. T : 37°3, P : 120.

Moitié gauche abdomen, douloureuse. Vomissements verdâtres. Signes d'épanchement gazeux entre le diaphragme et le foie. Continuation de l'opium sans résultat. La laparotomie discutée est re-

jetée. Le soir, 10 heures, T. 38°3. P. 120. Vin. Glace. Vomissements incoercibles pendant la nuit.

Le 23. 8 heures. T. 37° P. insensible.

Persistance des vomissements d'odeur fécaloïde. Etat général contre-indiquant l'intervention. Vers 4 heures P. 112. Ventre moins endolori. Léger ictère. Urine teinté en rouge (matière colorante de la bile, albumine. Cylindres hyalins. Globules de sang et de pus. Spermatozoïdes) T. : 37° (s).

Le 24. T. 36°6. P. 102, meilleur. Ictère plus prononcé. Continuation des vomissements bilieux. Cependant amélioration. Evacuation de quelques matières solides. T. : 37°8 (s). Pronostic meilleur.

Le 25. T. 36° 3 ; P. 96 meilleur. Accentuation de l'ictère. Du bouillon et de la peptone pris par la bouche sont rejetés.

Le 26. T. 36° 4 ; 37° ; 36° ; P. 100 plus fort. Vomissements combattus par codéine. Lavement alimentaire.

Le 27. T. 36° 2 ; P. 108 ; Vomissements. Pouls irrégulier. Amaigrissement.

Le 28. T. 36° 2 ; P. 104 à 108. Diminution de l'ictère ; fèces colorées par la bile. Urine contenant encore les matières colorantes du sang et de bile. T. (s.) 38° 6.

Le 29. T. 38° P. 112. Tuméfaction à l'épigastre. Matité dans la partie déclive de l'abdomen, lorsque le blessé est assis.

Le 30. T. 37°. La tuméfaction gazeuse de la région stomacale a augmenté. Peau livide sur l'abdomen, ailleurs ictérique. T. 37°5 (s).

Le 31. T. 36° 3. Grand amaigrissement. Tympanisme abdominal. Mort le soir à 7 heures, onze jours après l'accident.

A l'autopsie : Un litre et demi de liquide fécal dans l'abdomen. Dans la fosse iliaque gauche, soudure de l'épiploon et de l'intestin épaissi au péritoine pariétal, pas de perforation. Dans la fosse iliaque droite, matières fécales. L'intestin se déroule difficilement. Sur le cœcum, à 10 cent. de l'appendice, déchirure longue de 1 décimètre (élargie par les manipulations). En de nombreux points, infiltration purulente du mésentère ; pas de collection sanguine ; foie et vésicule intacts.

3^o RUPTURES DE L'S ILIAQUE.

3 cas.

OBSERVATION 92. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'S iliaque. — Expectation. — Mort.* — (BLANDIN, in *Gaz. des Hôpitaux*, 1841. p. 249).

Homme. C. P. C. dans le flanc gauche paraît bien guéri au bout de 12 jours. Il est pris tout à coup, au milieu de la journée, de nausées, de vomissements, et bientôt de symptômes de péritonite les plus formidables. La mort arriva avec une promptitude remarquable.

A l'autopsie, perforation de l'S iliaque, par suite de la chute d'une eschare gangreneuse.

OBSERVATION 93. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de l'S iliaque. — Expectation. — Mort.* — (In MONNIER. Thèse Paris 1877.)

Double C. P. C. Pâleur, refroidissement général, douleurs internes ; hoquets fréquents, vomissements d'abord rares et glaireux puis verts et abondants, oppression pur d'hématurie. Ballonnement léger, le lendemain. Anurie. T. 38°. Mort en 25 heures.

A l'autopsie, on trouve dans toute la cavité péritonéale, des lentilles disséminées et au niveau de l'S iliaque une rupture de 1 centim. environ de diamètre.

OBSERVATION 94 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure de l'S iliaque. — Expectation.* — (SCHWARTZ, in *Bull. Soc. An.*, 1877, p. 94. In *Revue gén. clin. et ther.*, p. 102 1877, in *Prog. médical*, p. 331, 1887).

Jeune homme de 20 ans, entré à l'hôpital le 17 février 1877 pour double C. P. C. dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche.

Pâleur. Refroidissement général. Vomissements rares et glaireux d'abord, puis verts et abondants dans la journée. Oppression. Pas d'hématurie. Douleur intense au niveau de l'hypogastre, spontanée et à la pression sur le ventre. Traitement : Application de glace, opium à l'intérieur.

Le 18. Vomissements. Ventre légèrement ballonné. Anurie. T. 38°. Mort à midi après un vomissement de sang, 24 heures après l'accident.

A l'autopsie : Lentilles répandues dans la cavité abdominale. Adhérences générales. Perforation grande comme cinquante centimètres au niveau de la deuxième courbure de l'S iliaque. Forte congestion pulmonaire à droite. Kyste hydatique de la face concave du foie.

LÉSIONS DU GROS INTESTIN

COMMUNES A L'INTESTIN GRÊLE	COECUM	S. ILIAQUE
N° 89 — 90	N° 91	N° 92 — 93 — 94
Deux cas	Un cas	Trois cas

III. Lésions des autres viscères.

7 CAS.

1^o LÉSIONS DU FOIE ET DE LA VÉSICULE BILIAIRE.

(Voir également obs. nos 7, 13, 19, 34 et 90.)

OBSERVATION 95 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C.*
— *Expectation.* — *Mort.* — (SIREDEY. in *Bull. Soc. Anat.* 1858.
p. 499).

Homme de 24 ans, reçoit un C. P. C. dans l'hypochondre droit. Douleur s'irradiant jusque dans l'épaule. Ictère.

A son entrée à l'hôpital, dix jours après l'accident : augmentation du volume du foie. Dououreux à la palpation. Epistaxis répétées. Ventouses scarifiées sur la région. Purge. Frissons répétés. Continuation des épistaxis. Vive douleur hépatique. Péritonite suraiguë. Mort plus de dix jours après l'accident.

A l'autopsie : fracture consolidée de la onzième côte, pleurésie à droite. Péritonite généralisée surtout intense dans la région hépatique. Fausses membranes purulentes enveloppant le foie. Abscès multiples du foie ; un central anfractueux, du volume d'un œuf de poule.

OBSERVATION 96 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Ponction.* — *Rupture de la vésicule biliaire.* — *Mort.* —
(DAYOT, in DE LA BIGNE VILLENEUVE th. Paris 1869. p. 37).

Homme reçoit un C. P. C. dans l'hypochondre droit. Douleurs de ventre. Vomissements. Suppression d'urine. Refroidissement général. Ne peut garder aucune boisson.

Le lendemain. Sangsues sur le ventre et cataplasmes. Les jours suivants on sonde le blessé sans retirer beaucoup d'urine.

A son entrée à l'hôpital, (le treizième jour après l'accident) : face

amaigrie. Peau sèche et ridée, jaune verdâtre. Sur toute la surface du corps. Facies péritonéal. Vomissements rares. Hoquets fréquents. Dyspnée. Ventre ballonné, énormément distendu, d'une matité absolue. Dououreux, surtout au niveau de la vésicule biliaire. Quelques traces légères d'ecchymoses en ce point. Œdème des extrémités. Fluctuation abdominale évidente.

Battements du cœur précipités, tumultueux. Pouls faible, fréquent, 126. Température relativement basse.

Le siège du coup, la coloration ictérique de la peau, le développement du ventre, l'évidence de la fluctuation, les premiers symptômes éprouvés par le malade font porter le diagnostic de rupture de la vésicule biliaire et de péritonite par épanchement.

Ponction de 9 à 10 litres d'un jaune verdâtre qui occasionne un grand soulagement au blessé. Reproduction du liquide, nouvelle ponction sept jours après la première qui donna issue à un liquide moins abondant, plus épais et plus filant. Le soir même signes d'une péritonite aiguë. Mort le lendemain soir, environ vingt et un jours après l'accident.

A l'autopsie : cloisonnement de l'abdomen ; à droite : traces de péritonite avec coloration jaunâtre ; à gauche : péritonite également mais sans coloration jaunâtre. Adhérences très fortes surtout à droite, des anses intestinales. Au milieu de fausses membranes très épaisses et fortement colorées par la bile, on découvre les débris de la vésicule qui dépliée, présente une déchirure à bords déchiquetés et inégaux de 3 à 4 cent. d'étendue. Le foie présentait à sa base, vers la gauche du lobe droit, une ecchymose de 5 cent. En détachant le foie, on trouva sur sa face convexe une ecchymose plus étendue.

Tous les autres organes sont sains.

OBSERVATION 97 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C.*
— *Expectation.* — *Mort.* — (AURÉGAN, th. Paris 1876).

Homme 32 ans, reçoit le 1^{er} juin 1876, un C.P.C. qui l'atteint au niveau de la région hypochondriaque droite. Tombe à terre. Amené à l'hôpital sur un brancard.

Le 2. Large ecchymose sur la partie inféro-latérale du thorax. Douleur à la pression. Décubitus dorsal. Face pâle, pouls petit, vomissements bilieux dans la journée, peu abondants et peu fréquents. Constipation.

Le 3 : Douleurs très vives. Agitation. Vomissements. Ventre légèrement tendu et douloureux. Pouls accéléré. Léger ictère.

Le 4. Ventre plus tendu. Douleurs surtout à droite. Agitation moindre mais affaiblissement. Mort le 5 au matin, le cinquième jour après l'accident.

A l'autopsie : fracture des 7^e, 8^e, 9^e, 10^e côtes droites. Péritoine peu enflammé, quelques anses intestinales adhèrent entre elles. Large déchirure de la vésicule biliaire qui est complètement vide. Lobe gauche du foie intact. Lobe droit profondément lésé (une déchirure profonde et deux petites fissures). Sur la partie déclive du cadavre existe une petite quantité de liquide formé d'un mélange de bile et de sang.

OBSERVATION 98. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Déchirure du foie. — Mort.* — (BECK, *Deut. z. für Chir.*, 1891, t. 15, p. 28).

Dragon, reçoit le 22 novembre 1880, un C. P. C. dans la région hépatique. Immédiatement après avoir reçu le coup, il marcha encore à peu près dix pas, puis tomba sans connaissance. Vomissements. Violentes douleurs abdominales.

Vu dix minutes après l'accident : Connaissance. Collapsus ; très anémié. Muqueuses pâles. Extrémités froides. Pouls très fréquent, très petit, insensible et incomptable, à peu près 130. Respiration très fréquente et très superficielle, à peu près 30. Douleurs violentes dans la région hépatique exaspérées par la pression, mais sans qu'il y ait un point particulièrement douloureux. Pas d'ecchymose. Pas de fractures de côtes.

Percussion du foie normale. Pas de matité. Pas de météorisme, mais modérément tendu, nulle part de résistance. Battements du cœur faibles mais normaux.

Traitement : ventouses, glace, etc.

Le soir à 5 heures. Moindres douleurs, mais douleurs dans l'épaule droite. Cependant repos. Pouls meilleur mais toujours très fréquent ; à 5 heures, T. 37° 8 ; à 8 heures, 37° 4.

Dans la nuit : Même aspect général. Augmentation des douleurs de l'épaule. Diminution des douleurs hépatiques. Pouls et respiration toujours aussi fréquents. Le pouls est toujours petit et presque

insensible. L'abdomen n'est pas météorisé davantage. Nulle part, matité et résistance.

Renvois, tendance aux vomissements qui ne surviennent pas. Miction difficile. Cathétérisme sans douleur. Urine claire, limpide, sans albumine, sans pigments biliaires. T : successivement dans la nuit : 36° 4 ; 36° 7 ; 37° 2.

Le 23, à 8 heures du matin : T. 37° 2. Pas de sommeil. Connaissance intacte. Douleurs moindres spontanément et à la pression, mais grand abattement. Pouls très fréquent, filiforme, incomptable. Respiration plus de 30, très superficielle. Cathétérisme sans douleurs. Le matin, 3 vomissements liquides. Météorisme de l'abdomen plus accentué, partout tympanisme. Le diaphragme est très refoulé et par conséquent la matité hépatique a presque complètement disparu.

A midi : T. 37° 4. Collapsus plus accusé. Facies péritonéal. Ne se plaint plus. Pouls insensible. Respiration plus de 38, superficielle. (Injections d'éther).

Le soir. Aspect meilleur. Douleurs dans tout l'abdomen, et dans l'épaule. Pouls un peu meilleur, toujours incomptable. L'état de l'abdomen est le même. Pas de selles. Miction spontanée. T. successivement : 37° 6 ; 37° 7 ; 37° 7 ; 37° 8. A 10 heures 37° 4. A minuit 37° 3.

Le 24. Léger sommeil. Douleurs moindres. Abattement complet. Collapsus profond. Météorisme plus accentué. Tension modérée. Matité plus intense à droite. Tendance aux vomissements, sans succès. Pouls incomptable. T. successivement : 37° 2, 37°, 37° 1, 37° et 37° 5 à midi.

Dans l'après-midi : pouls incomptable.

Le soir : 3 ou 4 selles spontanées. Pas de modifications. Connaissance complète, mais abattement extrême. T. successivement : 37° 1, 37° 3, 37° 2, 37° 6. A 10 heures du soir : 37° 7, 37° 1, 37° 2. A 6 heures du matin 37° 4.

Le 25 au matin : T. 37° 5, 37° 2, 37° 4. Très mauvaise nuit, a voulu se lever. Collapsus profond. Connaissance complète. Pouls insensible. R. 40. Lèvres décolorées. Langue enduite. Météorisme augmenté. Plus de matité. Mort à 2 heures 1/4 dans l'après-midi; 4 jours après l'accident.

A l'autopsie : Déchirure de 15 cent. de long du lobe droit du foie, d'une largeur variant de 3 à 1 cent.

Tous les autres organes sont sains.

Dans ce cas, dit Beck, il n'y avait aucune difficulté à faire le dia-

gnostic. Le pouls petit et fréquent, la respiration rapide, le refroidissement des extrémités, la douleur profond de la région du foie et la douleur caractéristique de l'épaule, tout faisait prévoir une fin prochaine.

OBSERVATION 99 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Rupture du foie.* — *Thoracentèse.* — *Mort.* (BREK. *Deuts. Zeit. für Chir.* 1884, t. 19, p. 503.)

Canonnier, reçoit le 24 juillet 1882, plusieurs C. P. C. sur le ventre. Pouls : 60. Respiration : 32. Extrémités froides. Le blessé ne pouvant uriner spontanément, on ramène par le cathétérisme une urine normale. Vessie de glace sur le ventre.

Nuit agitée. P. 84. T. 37°2. La respiration de costale devient abdominale et régulière. Le dixième jour le malade rend des gaz par l'anus. Le cours des matières fécales se rétablit, mais le blessé accuse des douleurs dans la région du foie.

Le 22 août. Élévation de la température. Signes manifestes d'un épanchement pleural du côté droit.

Le 28. Thoracentèse pratiquée dans le septième espace, donnant issue au début à un liquide purulent. Drainage, etc. Après l'opération : T. 39°7; Pouls très fréquent.

Dans les premiers jours d'octobre : P. 100, dicrote. T. (m), normale. T. (s) atteignant jusqu'à 39°. Respiration variant entre 20 et 22.

Vers le 14 novembre : Dyspnée (R. 50). La température s'élève jusqu'à 40°. Le pouls est dicrote, irrégulier, à peine sensible.

Consumé par la fièvre hectique, le blessé succombe dans le marasme le 12 février 1883, plus de six mois après l'accident.

A l'autopsie : la capsule de Glisson est recouverte de dépôts caséeux nombreux et de la grosseur d'un pois. Le foie gris rougeâtre est large de 35 centim., haut de 28, et long de 8 centim., face convexe, lisse et brillante. Le bord antérieur est un peu moins tranchant que d'habitude. Le tissu cicatriciel qui se trouve à la surface du lobe gauche et du lobe de Spiegel pénètre en certains endroits jusqu'à 4 millimètres dans la profondeur du tissu hépatique. Ce dernier, dur et granuleux, présente à la coupe de nombreux foyers sanguins étendus par suite de déchirure des petits vaisseaux lors de la contu-

sion, surtout au voisinage des vaisseaux efférents. A l'examen microscopique, les cellules hépatiques présentent un volume plus petit que d'habitude.

OBSERVATION 100 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Expectation.* — *Mort deux mois après l'accident.* — (GROSS.
In *Revue méd. de l'Est.* 1894 p. 611).

Homme de 32 ans reçoit en octobre 1888 un C. P. C. sur la région hépatique. Perd connaissance sur le moment. Vives douleurs dans le côté. Les jours suivants ballonnement : du ventre, vomissements. Constipation, Anurie. Souffre du ventre pendant deux mois et reste alité.

Le 12 décembre à l'hôpital, douleur dans la partie intermédiaire entre l'ombilic et la région hépatique : ventre légèrement ballonné. Sonorité partout. Matité hépatique peu étendue. Malade amaigri. Teint jaune, subictérique. Langue sèche, râpeuse. P. 100 ; T. 38°5. Soif vive, mais inappétence.

On porte le diagnostic de rupture ancienne du foie avec abcès consécutif.

Le 2 janvier 1889 : vomissements. Hoquets. Pouls, 120 ; T., 37°.

Le 3. Vomissements, fécaloïdes. Hoquet fréquent. Face grippée. Pouls misérable. T., 36° Extrémités froides. Anurie presque complète.

A l'autopsie : Intestins affaissés, noirâtres. Suppuration hépatique et périhépatique. Gangrène de l'intestin grêle sur une étendue considérable paraissant due à une oblitération de l'artère mésentérique supérieure.

2° LÉSIONS DE LA VESSIE

3 cas

OBSERVATION 101. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.* — *Rupture de la vessie.* — *Mort.* — (PERCY, in *Dictionn. Sciences Med.* Paris 1813. T VII. p. 350).

Maréchal ferrant, ivre de bière, s'obstinant à vouloir ferrer un

cheval reçoit un C. P. à l'hypogastre même. Il sort un peu de sang par l'urèthre. Cathétérisme sans résultat. Mort 28 heures après l'accident.

A l'autopsie : déchirure de la partie *postéro-inférieure de la vessie*, un peu au-dessus des uretères. Petit bassin inondé d'urine et de sang. Taches violettes et gangréneuses des viscères.

OBSERVATION 102. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de la vessie — Mort.* — (HAWKINS, in the LANCET, 1850. vol. I. p. 606).

Homme de 26 ans, reçoit un C. P. C. sur l'abdomen. Miction sanguinolente. Vives douleurs. Mort 58 heures, après l'accident. A l'autopsie : déchirure (d'un pouce de longueur environ) de la paroi antérieure de la vessie, juste au-dessous de la réflexion du péritoine. Infiltration étendue d'urine et de sang dans le tissu cellulaire environnant. Péritoine déchiré jusqu'à l'ombilic.

OBSERVATION 103 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Rupture de la vessie et du côlon descendant. — Mort.* — (The LANCET, 1851, t. 1. p. 381. HOLE. — POLAND, p. 165. CHAVASSE, p. 110, loc. cit).

Homme reçoit le 2 décembre 1850 un C. P. C. dans la région hypogastrique. Pas d'ecchymose. Muscles abdominaux tendus et rigides. Sensibilité. Douleur à la pression. Pas le cathétérisme, on ramène quelques gouttes d'urine.

Le 3, au matin. Signes de péritonite. Ballonnement de l'abdomen. Tympanisme. Vomissements. Nouveau cathétérisme : même résultat. Selle abondante à la suite d'un lavement. Mort en 50 heures.

A l'autopsie : Epanchement de matières fécales. Inflammation. Adhérences des anses intestinales. Rupture de la *partie postéro-inférieure de la vessie* (entièrement vide). Déchirure d'un pouce et demi de longueur du côlon descendant juste au-dessous de sa courbure.

3^o LÉSIONS DE LA RATE.

1 cas.

(Voir également obs. 58 et 77).

OBSERVATION 104 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Hémorrhagies secondaires.* — *Déchirure de la rate.* — *Expectation.* — *Mort.* (ROUFLAY in *Arch. Med. Milit.* 1895.

F. Canonnier au 32^e régiment d'artillerie, reçoit à 6 heures 1/2 du matin le 16 octobre 1894 en passant derrière un cheval un C. P. qui l'atteint à la région de l'estomac et le renverse. Perte de connaissance. Pouls rapide à peine perceptible. Lèvres décolorées. Hoquet. Vomissements. L'état très grave du blessé contre-indique nettement une laparotomie, aggravation des symptômes vers midi.

Le 17. Amélioration. Facies bon. Plus de vomissements, ventre ballonné, assez dût, mais non très douloureux à la pression. 2 cathétérismes dans la journée.

Le 18. Hématuries abondantes d'origine rénales.

Le 19. Plus d'hématuries. Le 21 : première miction spontanée. Amélioration progressive jusqu'au 23. Légère alimentation (bouillon, lait.) Cependant douleurs abdominales par crises aiguës.

Le 23. Hémorrhagie intestinale très abondante. Le pouls a presque disparu (Traitement : glace. Injections sous-cutanées d'ergotine, etc., etc.).

Le 24. L'hémorrhagie a cessé, mais fièvre intense, pouls bondissant, coliques par accès et de plus en plus douloureuses.

Le 29. Augmentation du ballonnement. Vive douleur à la pression. Intolérance stomacale absolue. L'état très grave du blessé contre-indique de nouveau la laparotomie.

Le 30. Nouvelles hémorrhagies intestinales. Augmentation du ballonnement. Douleurs de plus en plus vives. Respiration précipitée. Mort le 1^{er} novembre, 15 jours après l'accident.

A l'autopsie : Infiltrations ecchymotiques viscérales portant sur l'intestin et le rein. Déchirure de la rate au niveau du hile.

Hémorrhagies diffuses à la surface interne de l'intestin qui n'a pas été trouvé perforé.

« Le côté le plus intéressant de l'autopsie, nous écrit, M. le docteur Rouflay, était cette *contusion avec déchirure de la rate ; au-dessous d'elle, d'énormes caillots sanguins donnaient l'illusion d'une deuxième rate ramollie et diffluente* ».

IV. Péritonite sans lésion viscérale.

2 cas.

OBSERVATION 105 (Inédite et Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C. — Expectation. — Mort.* — (Due à l'obligeance de M. le médecin principal JEANMAIRE).

R... reçoit le 30 août 1895 un C.P.C. dans l'abdomen (flanc gauche).

Le 2 septembre : T. 37°,9, douleur spontanée, léger ballonnement du ventre. Traitement médical. Amélioration et alimentation. Le blessé se lève un peu.

Le 9 : T. 38°,2. Diarrhée. Régime lacté.

Le 14 : Ventre douloureux, ballonné, quelques nausées, diarrhée persistante. Vésicatoire.

Le 15 : Aggravation. T. 38° (M) ; 40°8 (S). Pouls fréquent, petit, tympanisme, vomissements porracés. Collapsus, pouls filiforme.

Le 19 : Mort.

A l'autopsie : on trouve toute la masse intestinale formant un paquet ratatiné et refoulé en bas par les gaz développés dans le péritoine et qui repoussent en haut le diaphragme, le foie, l'estomac et la rate. On peut à peine séparer les anses intestinales intimement unies entre elles au moyen de nombreuses adhérences. Quelques-unes assez résistantes pour amener la déchirure de l'intestin quand on tire dessus. Un pus épais, crémeux, abondant, rempli les interstices des anses intestinales ainsi que la cavité du petit bassin. On n'aperçoit aucune trace de perforation ni de gangrène de l'intestin. Il n'y a pas de matières fécales ni d'autre épanchement que du pus dans le péritoine.

OBSERVATION 106. (Résumée). *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Péritonite tardive. — Mort.* — MARGANTIN ET MESSERER. (*In Arch. Méd. Mil.* 1895)

M....., cavalier au 2^e chasseurs d'Afrique, entré à l'hôpital le 6 septembre dans l'après-midi.

Seize jours auparavant, il a reçu une double ruade, à une distance assez rapprochée ; chacun des deux pieds du cheval avait porté dans l'un des hypocondres. Sur le moment, le malade ressentit une douleur assez vive et fut étourdi ; mais dès le lendemain, il n'éprouvait plus que de la courbature. Malgré quelques hoquets au début, son état inspirait si peu de préoccupation, qu'on le fit partir pour les manœuvres le 2 septembre

La première étape fut bonne ; mais, dès le 3 il commença à souffrir du ventre et à vomir. A son entrée à l'hôpital, le malade présente le facies péritonéal grippé ; il est pris à tout instant de vomissements verdâtres porracés très abondants ; sa voix est voilée, il parle lentement et difficilement, ses paroles sont entrecoupées de hoquets.

L'abdomen est tympanisé ; la palpation provoque une vive douleur, surtout dans l'hypochondre gauche. P. 136 ; T., 39° 2.

Le diagnostic de péritonite s'impose ; mais toute intervention est rejetée, étant donné la date déjà éloignée de l'accident. Traitement : diète, glace intus et extra et potion avec 20 centigrammes d'opium à prendre d'heure en heure.

7 septembre. — Amélioration légère ; le pouls et la température sont tombés ; le malade n'a vomi qu'une seule fois dans les vingt-quatre heures.

On continue la glace et l'opium à haute dose, tout en maintenant la diète la plus absolue.

8. — Même état. Un seul vomissement d'un liquide gris sale. Un peu de repos la nuit. Glace et opium.

9. — Etat stationnaire, sauf une légère élévation de la température.

10. — La température du matin est inférieure à 37°, mais le pouls a augmenté de fréquence, 96. Cependant l'état du malade ne présente rien d'inquiétant.

11. — Le tympanisme a diminué dans une notable proportion :

le ventre est souple et dépressible ; il se laisse palper sans trop de douleur. Le malade n'a pas eu de selle depuis son entrée.

L'état général semble meilleur et le malade mangerait volontiers.

12. — Facies amaigri, mais non grippé ; yeux un peu escavés, ventre souple et dépressible, se laissant palper pour ainsi dire sans douleur ; météorisme à peine marqué ; pouls à 90, régulier, un peu petit ; état général bon ; le malade demanda à manger. T., 37°, 5 m. ; 37°, 2 s. Traitement médical.

Du 13 au 18 septembre, l'amélioration de l'état local et général va en progressant, le météorisme disparaît, le ventre paraît même un peu rétracté, il est souple et dépressible ; plus de douleur abdominale, ni spontanée ni à la pression.

Les selles reparaissent et se montrent tous les jours peu abondantes, semi-diarrhéiques.

Le malade, se plaignant toujours de la faim et réclamant des aliments, la quantité de lait est portée à 1 litre dans les vingt-quatre heures ; température oscillant autour de 37°.

18. -- Léger mouvement fébrile. 38°, 2 m. ; 38°, 6 s. Cependant, l'état local se montre bon ; toujours ventre rétracté, souple, dépressible, sans douleur, ni spontanée ni à la pression. Il n'y a pas eu de selle depuis hier.

19. — Même état, une selle. T., 37°, 8 m. ; 38° s.

20. — T., 37°, 4 m. ; 37°, 5 s. ; Le malade se plaint toujours de la faim ; la glace est supprimée, vin de quinquina. Etat peu inquiétant jusqu'au 28.

28. — T..., 38°, 6 m. ; 38°, s. Pendant la nuit, le malade a été pris de coliques ; il a eu trois vomissements verdâtres peu abondants, le ventre est un peu météorisé et douloureux au palper ; une selle ; pouls 116 ; légère prostration, mais intelligence complète ; glace, potion de Tood, vin de Banyuls, potion opiacée. A la contre-visite bien que les phénomènes locaux soient restés à peu près les mêmes ; le météorisme seul a augmenté, mais n'est cependant pas considérable ; l'état général est plus mauvais, la peau est sèche, plutôt froide que chaude, le facies grippé, le nez effilé, le pouls petit et rapide, 120 pulsations, deux vomissements peu abondants, verdâtres depuis le matin ; pas de délire, connaissance parfaite.

A sept heures du soir, le ballonnement est devenu considérable ; deux nouveaux vomissements se sont produits, mais les coliques se sont atténuées et ont presque disparu ; le facies est plus grippé, un

peu cyanosé; le poulx est petit, filiforme, presque incomptable. Mort à deux heures du matin.

Autopsie. La cavité péritonéale renferme environ trois quarts de litre d'un liquide purulent, épais, jaunâtre, fétide. Le grand épiploon est épaissi, ses mailles sont le siège d'une infiltration séro-purulente.

Des adhérences fibrineuses existent entre les anses intestinales et les différents organes de l'abdomen. Ces adhérences sont, en général, peu solides et faciles à détruire, excepté dans un point situé dans la fosse iliaque droite, où deux anses intestinales sont solidement réunies.

L'intestin grêle est distendu par les gaz, ses parois sont ramollies et offrent, par place, des points ecchymotiques arrondis, variables comme dimensions; sa muqueuse est décolorée, recouverte d'un mucus puriforme; examinée avec soin au niveau des points ecchymotiques périphériques *elle ne présente aucune lésion* pouvant faire supposer une rupture ancienne ou récente. Rien de particulier à signaler dans les autres organes, si ce n'est des adhérences de la plèvre droite et la congestion hypostatique de la partie postérieure des deux poumons.

V. Cas sans autopsie.

5 cas.

OBSERVATION 107. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. dans la région hypogastrique et à droite. — Hématurie. — Epanchement sanguin abdominal. — Expectation. — Mort. — Pas d'autopsie.* (PÉAN. in Clinique chirurgicale 1892. p. 240).

D., 45, ans entre le 15 juillet 1887, à 7 heures du soir. A reçu à 2 heures de l'après-midi un C. P. C. dans le bas-ventre et à droite où il ressent une vive douleur. Collapsus (on ne peut savoir depuis combien de temps il avait uriné au moment de l'accident, ni s'il a uriné depuis).

Traitement : Injection de morphine. Glace sur le ventre.

A 9 heures du soir : Cathétérisme. Un caillot obstrue la sonde.

On en introduit une seconde et on retire un liquide ressemblant à du sang pur qui s'écoule assez abondamment.

Douleur vive, surtout à la pression, dans toute la région hypogastrique. Submatité dans les deux fosses iliaques surtout à gauche. Ballonnement du ventre peu marqué : T. S. 36°8,.

Le chirurgien de garde prévenu pendant la nuit pense qu'il n'y a pas lieu d'intervenir. Sonde à demeure.

Subdélire, trois vomissements, dont 2 bilieux et 1 alimentaire, dans la nuit. Mort dans le coma à 8 heures du matin. 18 heures après l'accident. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 108 (Inédite) — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Expectation.* — *Mort par obstruction.* — (obs. Due à l'obligeance de M. le médecin-major YVERT.)

C... reçoit le 9 janvier 1892, une ruade des plus violentes au niveau de la fosse iliaque gauche. M. le docteur Yvert n'est appelé à voir le blessé que 8 jours environ après l'accident, en pleine péritonite suraiguë. En raison du collapsus, la laparotomie discutée est rejetée et on se borne au traitement médical. Amélioration notable, presque guérison. Le malade, au bout d'une vingtaine de jours, se levait, mangeait légèrement, et paraissait hors de danger lorsqu'il fut brusquement emporté par des accidents d'obstruction.

OBSERVATION 109 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
C. — *Refus de la laparatomie.* — *Expectation.* — *Mort.* —
Pas d'autopsie. — (BOIFFIN, in *Congr. f. Chir.* 1893, p 325).

Homme 33 ans, reçoit à 9 heures du matin le 17 mai 1892, un C. P. C. dans la région sous-ombilicale. Choc pas très violent, ni chute, ni perte de connaissance, douleur au point contus. Pas d'écchymoses. Ventre non ballonné plutôt rétracté. Pouls petits, fréquent, soit vive, pas de vomissement, pas de hoquet. Miction spontanée. Urines rares, rouges, chargées. T. 38° 2. Traitement médical.

Le 18 : Pouls 120. T. 36° 5. Douleur seulement au point contus. Pas de ballonnement pas de vomissements. Très légère agitation.

Refus de la laparatomie le malade se trouvant bien. Le soir P. 116. T. 37° 8.

Le 19. Ventre très ballonné et dur. Douleur au moindre mouvement. Respiration thoracique. P. 112 ; T. 37° 6 ; le soir. P. 112 ; T. 38° 2.

Le 20. Grande tension du ventre. Faciès grippé. Douleurs vives et continues. Toujours pas de vomissements : P. 110 ; T. 37° 6.

Le 21. Distension énorme de l'abdomen. Nausées dans la nuit et vomissement verdâtres très abondants dans la journée. (Cinquième jours après l'accident). Pouls filiforme. T. 39°.

Le blessé voyant enfin la gravité de son état quitte l'hôpital et meurt le 26, six jours après l'accident, après avoir eu un ballonnement considérable du ventre et une température dépassant 39°. Malheureusement pas d'autopsie.

OBSERVATION 110. (Résumée) *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Mort. — Pas d'autopsie.* — (NIMIER In. Arch. Méd. Mil. p. 439. 1893)

Dans la nuit du 16 au 17 janvier 1892, vers 11 heures 1/2, L. reçoit un violent C. P. C. dans la région abdominale inférieure. Renversé par le choc. Est conduit à la chambrée. Vomissements dans la nuit. Le 17 au matin : faciès abdominal. Légère hébétude. Pouls petit. Léger ballonnement abdominal. Grande sensibilité. A l'hôpital à 11 heures : douleurs atroces, généralisées à tout le ventre. Vomissements verdâtres. Météorisme. Extrême sensibilité. T : 38° 4. Traitement médical.

Le 18 : T. 37° 4. Continuation des douleurs et des vomissements. Le météorisme a augmenté. Urines normales. Pas de selle. grande faiblesse. Le 18 vomissements plus rares. Une selle normale. Grande faiblesse. Mort dans la nuit : 3 jours après l'accident. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 111. *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Mort. — Pas d'autopsie.* — (CHAPUT in Bull. Soc. Chir. 1895 p. 230)

Homme de 40 ans. C. P. C. dans la région inférieure de l'abdomen.

Le lendemain : ecchymose dans la région du pubis. Ventre peu saillant, dur et contracté. T. $37^{\circ} 5$. Douleur à la palpation. Refus de la laparotomie.

Le troisième jour : T (m) $37^{\circ} 2$. (s) $37^{\circ} 8$, quelques vomissements bilieux. Nouveau refus de la laparotomie.

Le quatrième jour, T. m. et s. : 38° ; à partir de ce moment inférieure à 38° . Vomissements rares. Ventre peu ballonné. Sans signes d'épanchement.

Le septième jour : Mort. Pas d'autopsie.

IV. — EXPECTATION. — GUÉRISON (1)

178 cas.

OBSERVATION 112 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C. dans la région cœcale* — (Professeur DELORME).

Bois... Camille, soldat au 2^e cuirassiers, reçut le 18 janvier 1876, à l'exercice, un coup de pied d'un cheval qui passait devant lui. Celui-ci l'atteignit sur la partie droite de l'abdomen, dans la région cœcale. Le choc fut entendu par les voisins qui l'ont comparé à un coup donné sur une caisse vide. La montre qui était dans la poche du malade eut son ressort brisé, mais le boîtier resta intact.

Le malade, au moment de l'accident ne tomba pas, s'étant retenu à la selle de son cheval. Il ne perdit pas connaissance, alla s'asseoir à une certaine distance du lieu de l'accident et un *quart d'heure après remonta à cheval avec l'aide de ses camarades*.

Sur le trajet du champ de manœuvre à la caserne, il ressentit des douleurs dans l'abdomen et fut obligé de pencher le tronc en avant.

Coliques violentes pendant la nuit; nausées sans vomissements.

Le lendemain, à la visite, douleurs vives dans la région frappée; pas de contracture pariétale; pas de ballonnement; palpation rénale douloureuse à droite; nausées, pas de vomissements; une selle douloureuse provoquant des nausées, miction pénible, possible après effort. La première miction a lieu 24 heures après l'accident. T. 36°2; pouls plein; facies non altéré. Perforation peu probable; pronostic cependant réservé.

(1) Nous devons à la bienveillance de notre maître, M. le professeur Delorme, les 17 observations inédites suivantes de contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. Nous regrettons que le cadre de notre sujet ne nous ait pas permis de donner à l'appui de notre thèse, 20 cas de contusions abdominales, guéries par la seule expectation (de causes et de gravité variées) qui nous ont été également remis.

Immobilité du ventre, opium, diète d'aliments et de boissons, glace à l'intérieur..

Le 20 janvier : coliques assez vives de temps en temps ; douleurs à la pression du ventre dans la région frappée ; température, pouls normaux, miction normale ; nausées le soir.

Le 21 janvier : nausées, coliques.

Le 22 janvier, *selle sanguinolente*. Le malade n'a point d'hémorrhoides.

Le 23 janvier, les douleurs ont presque complètement disparu. *Ereat* le 1^{er} février.

OBSERVATION 113 (Inédite). — *Contusion par un violent C. P. C.* — *Guérison.* — (Professeur DELORME).

Le 15 avril 1888, le nommé D..., du 19^e d'artillerie reçut d'un cheval qu'il venait de conduire à l'abreuvoir un violent coup de pied qui le projeta à plusieurs mètres de l'endroit où il avait été frappé. Le coup porta dans la région lombaire droite, *directement* et non obliquement. D..., est relevé sans connaissance et transporté à l'hôpital de Nîmes où il reste 48 jours durant lesquels on le soumet à l'immobilité.

Pendant ce temps, les douleurs ressenties dans la région contuse étaient vives, les mouvements du tronc limités.

La région frappée présenta bientôt un épanchement sanguin étendu. Pas d'hématurie ; pas de signes de lésions du foie, de l'intestin ou de la moelle, malgré la violence du choc.

Ce malade séjourne dans le service de M. le professeur Delorme, au Val-de-Grâce, de juin en août et ce n'est qu'à la fin d'août, c'est-à-dire quatre mois et demi après le traumatisme que les douleurs lombaires disparurent et que la marche devint facile.

Le traitement a consisté en massages et en applications révulsives.

OBSERVATION 114 (Inédite). — *C. P. C. dans la région épigastrique.* — *Guérison sans intervention.* — (Professeur DELORME).

Le 17 avril 1888, A..., soldat à la 1^{re} Compagnie de remonte, en conduisant plusieurs jeunes chevaux à l'abreuvoir, est *renversé* par

une ruade de l'un d'eux. Les deux fers avaient porté exactement au niveau de la région épigastrique.

Après une courte période syncopale, A... est transporté dans le service de M. le professeur Delorme au Val-de-Grâce et vu quelques heures après.

La région épigastrique est très sensible, sans trace de plaie ou d'épanchement. La stupeur est assez marquée ; pas de nausées, ni de vomissements, ni de météorisme. Oppression sans signes pleuro-pulmonaires. Température un peu inférieure à la normale. Rétention d'urine pendant 48 heures.

Diète rigoureuse d'aliments et de boissons, compression du ventre, opium.

Le malade est placé sous la surveillance du Médecin de garde et, en cas d'accidents, on se propose d'intervenir.

Le lendemain : facies, température, pouls normaux, douleurs localisées toujours très vives sans nausées ni vomissements.

Diète d'aliments, quelques cuillerées de lait, compression.

L'observation note que le même état se continue jusqu'au 24, moment où l'on commence à alimenter le malade.

La douleur persista vive jusqu'au neuvième jour.

Alimentation bientôt régulière.

Guérison sans accidents consécutifs.

OBSERVATION. 115 (Inédite). C. P. C. *dans la région hypogastrique.*

Paralysie temporaire de la vessie. (Professeur DELORME).

Bon..., cavalier de la 1^{er} compagnie de remonte, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de M. le professeur Delorme le 14 juillet 1888.

Pendant la nuit précédente, étant de garde d'écurie, il avait reçu une ruade d'un cheval qu'il allait rattacher et, à distance moyenne, il avait été atteint au-dessus de la symphise pubienne. Il fut *renversé* par le choc.

Bon..., avait uriné deux heures avant l'accident.

Syncope, douleurs vives dans la région hypogastrique à la pression, sans lésions pariétales apparentes, rétention d'urine, tels sont les seuls symptômes qui suivent l'accident.

Le lendemain, les douleurs persistent et s'accroissent ; la vessie dilatée par l'urine, atteint presque l'ombilic.

Le cathétérisme donne issue à une urine normale. Efforts de défécation se traduisant par des douleurs pelviennes assez vives; température et pouls normaux.

Repos, compression abdominale, opium, diète relative d'aliments et de boissons. Constipation par l'opium.

La rétention d'urine nécessitant le cathétérisme persiste six jours; à partir de ce moment la miction redevient normale; les douleurs sont plus durables. A la fin du mois, ce malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION 116 (Inédite). — *Contusion ombilicale par C. P. C.* —
(Professeur DELORME).

Sey, Henri, artilleur, reçoit d'un cheval échappé une ruade qui le renverse sur l'encolure de l'un des chevaux qu'il conduisait. L'un des fers (le membre postérieur étant complètement étendu) l'atteint à droite de l'ombilic (28 novembre 1892).

Douleur immédiate très vive, perte de connaissance. Pas de nausées ni de vomissements. Sey... est tenu en observation rigoureuse pendant plusieurs jours, durant lesquels le signe douleur est le plus accusé de ceux qu'il présente.

Guérison avec paralysie temporaire de l'intestin. Le cœcum dilaté formait, plus d'un mois après l'accident, une tumeur boudinée, volumineuse, molle, gorgée de matières stercorales qu'on évacuait difficilement à l'aide de lavements. Douleurs à la pression de l'abdomen au niveau de la région frappée.

OBSERVATION 117 (Inédite). *Contusion épigastrique par C. P. C.* —
Guérison. — Parésie temporaire du gros intestin et de la vessie.
(Professeur DELORME).

Fry... du 26^e d'artillerie, en conduisant des chevaux à l'abreuvoir, reçoit une ruade. Il est atteint à 5 centim. à droite de l'ombilic et sur un plan horizontal passant à son niveau. Il a reçu le coup à un mètre environ du cheval. *Chute immédiate*; perte de connaissance; douleurs des plus vives, vomissements.

A l'infirmerie où on le transporte, on applique sur la région atteinte un cataplasme de farine de graine de lin laudanisé et on

fait de l'expectation. Urines normales mais miction imposant le cathétérisme.

Les symptômes du début étaient assez graves et le choc assez intense pour nécessiter dans la pensée de certains chirurgiens une laparotomie immédiate. Les douleurs persistent vives pendant trois jours, sans nausées ni vomissements.

Le troisième jour, cet homme est évacué sur l'hôpital du Mans, présentant de la dyspnée; des douleurs abdominales vives apparaissent sous formes de crises de coliques. Ballonnement du ventre diarrhée, pas de vomissements; miction difficile, urines normales.

Un mois après son accident, au cours d'un congé de convalescence passé à Paris, Fry... entre dans le service de M. le professeur Delorme au Val-de-Grâce se plaignant toujours d'une douleur assez intense dans la région atteinte, douleur s'accroissant après quelques minutes de marche ou pendant les grands mouvements respiratoires. L'exploration de la paroi ne révèle rien d'anormal, ni rupture ni contracture; celle de l'abdomen permet de constater une dilatation anormale du cœcum, du côlon ascendant et de la vessie qui remonte jusqu'à l'ombilic et ne se vide qu'à moitié, ce que l'on constate à plusieurs reprises après des mictions.

Rien d'anormal du côté du rein droit, du foie, du péritoine. Il existe un point douloureux répondant à la colonne vertébrale au niveau de l'ombilic. Saillie exagérée de la région épigastrique. Constipation.

La guérison du malade n'avait donc été obtenue qu'au prix d'une constipation opiniâtre due à une parésie de l'intestin contus et qu'au prix d'une parésie vésicale. L'accident était survenu le 28 décembre 1892; le 16 janvier, après 10 jours de traitement électrique et de massages modérés, l'intestin et la vessie reprirent avec leur volume, leur fonctionnement régulier.

A la sortie du malade en mars, celui-ci accusait encore quelques légères douleurs partant de la colonne lombaire et suivant la branche abdomino-génitale. Pas d'hystérie.

OBSERVATION 118. — (Inédite) *Contusion de l'hypocondre droit par*
C. P. C. (Professeur DELORME.)

Leb..., Etienne, soldat au 49^e escadron du train entre à l'hôpital le 5 avril 1894, la veille au matin, ce malade était en train de grossir

les sabots de son cheval quand celui-ci lui lança une ruade. L'un des sabots l'atteignit dans la région de l'hypocondre droit. Le *tomba à la renverse* perdit connaissance, se plaignit bientôt de douleurs abdominales vives. Pas de nausées ni de vomissements. Traitement : diète absolue opium, immobilité du ventre.

A l'entrée du malade, douleurs abdominales, vives, anxiété, *ballonnement notable du ventre*, soif intense. T. 38°,2 s. Pas de fracture costale.

M. Delorme trouve, noté dans l'observation prise par le docteur Leniez, que dans les premiers jours on redouta une perforation intestinale, frappé qu'on était par le *ballonnement considérable du ventre et la disposition de la matité du foie*.

Guérison.

OBSERVATION 119 (Inédite). — *Contusion de la région hypogastrique par C. P. C. — symptômes graves du début. — Guérison sans intervention.* (Professeur DELORME).

Cette observation est particulièrement intéressante du fait de la guérison, sans intervention, d'un malade qui présentait plusieurs des signes rationnels de perforation intestinale.

Le cavalier de remonte Buff..., Alphonse reçoit le 20 avril 1894, à 7 heures du matin, un C. P. C. dans le bas ventre, l'animal étant distant de lui de moins d'un mètre. La douleur est très vive et provoque une syncope. Ce n'est qu'au bout de vingt minutes que le malade reprend connaissance. Sensation de refroidissement durant deux heures ; nausées, vomissements alimentaires ; impossibilité de se relever et de marcher en raison de l'intensité de la douleur.

M. le professeur Delorme examine le malade vers 9 heures : la face est pâle, grippée, le pouls petit et fréquent, la peau froide. Le malade, répond à peine aux questions qu'on lui pose tant il est absorbé par ses souffrances. La paroi abdominale est immobilisée, le ventre très douloureux suivant la ligne ombilico-pubienne dans toute son étendue et sur une largeur de 4 à 5 cent. de chaque côté ; tympanisme constaté même dans la région du foie. M. Delorme craint une perforation intestinale, *considère une laparatomie comme probablement nécessaire*, fait préparer instruments et matériel et, dans l'attente de quelques signes nouveaux ou de l'accen-

tuation des précédents, il fait immobiliser le ventre, constipe son malade, prescrit la diète et recommande une surveillance attentive.

Le soir, vers 5 heures, même face grippée, tympanisme généralisé moyennement accusé, mais occupant la région du foie ; mêmes douleurs abdominales spontanées, pas de miction. Des vomissements ont eu lieu à midi. Ils ne se sont pas renouvelés depuis. T., 36°3. Le cathétérisme donne issue à une urine normale.

Palpation du ventre douloureuse dans les limites indiquées ; pas d'ecchymose ou de plaie ; palpation moins sensible au delà, dans les fosses iliaques.

Le malade répond mieux aux questions. On augmente la dose d'opium (10 pilules de 1 centig. ajoutées aux 6 données). On surseoit à l'opération momentanément, non sans perplexités.

Le lendemain matin, 25 heures après l'accident, T. 36°3 comme la veille, pouls toujours fréquent et petit, face moins grippée, même tympanisme. La sensibilité du ventre est un peu moins grande tout en étant encore très vive ; pas de vomissements, miction volontaire mais douloureuse et reprise à cinq intervalles. Urine normale.

Même traitement ; quelques cuillerées de lait.

Le soir, T. 37°, face meilleure, même état de l'abdomen. L'amélioration du matin s'est accusée.

Le 23 au matin, T. 36°, pouls moins fréquent, sensibilité du ventre moins vive, léger tympanisme, miction naturelle, facies bon, même traitement.

Il est manifeste que l'intervention sera inutile.

Le 23 au soir, même état, T. 36°5.

Le 24 (4^e jour) l'amélioration est considérable, bien qu'il existe encore du tympanisme et de la sensibilité du ventre. Mictions volontaires. T. le matin 36°. le soir 36°5. On prescrit un demi litre de lait par tasses. La température ne redevient normale que vers le 7^e jour. Jusque là elle oscille entre 36 et 37°. La sensibilité du ventre ne disparaît que vers le 12^e jour, moment où l'on permet au malade de marcher. Nourri d'une façon progressive mais lente, il quitte l'hôpital à la fin du mois complètement guéri.

OBSERVATION 120. (Inédite). — *Contusion de la région ombilicale*
par C. P. C. — *Guérison.* — (Professeur DELORME).

Le 21 juin 1894, vers 9 heures du matin, le brigadier Lau..., du 19^e escadron du train reçut dans la région ombilicale, un peu à gauche, un coup de pied d'un cheval qui ruait et qui était distant de lui d'un mètre environ. Le choc avait été violent ; Lau..., tomba sans connaissance, dut être transporté sur le champ à l'infirmierie *et ne revint complètement à lui qu'une heure et demie après l'accident.*

Envoyé d'urgence à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de M. le professeur Delorme, on le soumet au traitement ordinaire des contusions abdominales, à la compression, à la diète, à l'opium.

Dans la journée, la douleur abdominale au point contus est vive, le facies altéré ; le malade se plaint d'un état nauséux ; la température est au-dessous de la normale (35°) et le pouls lent (50 p.) Le ventre est modérément gonflé surtout dans la région hypogastrique. Pas de miction. Lau..., est l'objet d'une surveillance attentive du médecin de garde qui doit prévenir le médecin traitant dans le cas où les accidents s'aggravaient et *tout est préparé en vue d'une laparotomie.*

Le soir, même état.

Le lendemain, celui-ci s'est notablement amendé ; le facies est meilleur, presque normal, la douleur au point contus est encore vive, moins que la veille ; cependant elle s'étend encore dans les flancs et la région hypogastrique. Le ventre est gonflé, la vessie surdistendue. Le pouls est toujours (lent 56 puls.), la température à 36° 2. L'urine extraite par le cathétérisme est normale. Même traitement. Mêmes réserves pour l'opération qu'on juge cependant moins probable.

Le soir amélioration plus notable encore. Elle s'accuse les jours suivants et le 3 juillet, quatorze jours après l'accident, Lau..., quittait l'hôpital, guéri.

OBSERVATION 121. — (Inédite) (Professeur DELORME.)

C... 22^e régiment d'artillerie entré le 29 juin 1895 pour contusion abdominale par C. P. C. Guérison.

OBSERVATION 122. — (Inédite) (Professeur DELORME.)

R..., 17^e chasseurs, entré le 16 novembre 1894 pour contusion abdominale par C. P. C. Guérison.

OBSERVATION 123. (Inédite) *Contusion lombaire droite par C. P. C. — Déchiure étendue du rein. — Guérison* (Professeur DELORME.)

Le 23 novembre 1894 Ra... Victor, du 4^e chasseurs passait, à l'abreuvoir, à un mètre environ de son cheval lorsque dans une ruade celui-ci l'atteignit au flanc droit, au dessus de la ceinture du pantalon. Il se présentait alors de trois quarts à sa bête. Le coup porta obliquement.

Ra... tomba, fut relevé par ses camarades et lorsqu'il reprit ses sens à l'infirmerie il se plaignit d'une vive douleur dans le côté droit de l'abdomen. Pas de nausées ni de vomissements. Bandage ouaté compressif.

Transporté quelques instants après au Val-de-Grâce dans le service de M. le Professeur Delorme encore influencé par le shock, Ra... présentait ni ballonnement du ventre, ni nausées. La paroi de l'abdomen ne portait pas de traces de la violence, ni contusion localisée avec traces des saillies du fer, ni effusion sanguine étendue. La palpation de l'abdomen ne réveillait qu'une douleur vive à droite. Une demi-heure après son entrée, il rendit un *demi litre d'urine si fortement chargée de sang qu'ont eut dit du sang pur*.

Bandage compressif, diète presque absolue de boissons et d'aliments. Lait, opium, glace à l'intérieur.

Les douleurs abdominales sont très vives le soir ; la face est pâle, le pouls petit et rapide, la température normale sans météorisme ni nausées.

Pendant la nuit, Ra... rend 500 grammes d'urine sanglante déposant d'épais caillots comme celle de la journée. Miction normale sans cathétérisme. Insomnie malgré l'opium.

Le lendemain les douleurs abdominales sont vives à la pression et spontanément sans météorisme ; le facies est bon, calme, les yeux non enfoncés, la température normale, le pouls petit, pas de nausées. Pas d'ecchymose ou de gonflement lombaire.

On apprend du malade qu'il est indemne d'infection blennorrhagique aussi, malgré l'évidence d'une lésion rénale étendue et profonde, M. Delorme continue t-il le traitement du premier jour en forçant la dose d'opium.

L'état général s'amende ; pendant 6 jours le malade continue à rendre naturellement des urines abondantes, fortement teintées de sang ; puis, à partir du 6^e jour, les urines redeviennent normales.

Le 10 décembre les douleurs spontanées ont disparu, la toux les grandes inspirations et des pressions directes les réveillent seules. Ra... peut se retourner dans son lit.

On continue le lait. Le 11^e jour, selle provoquée et non douloureuse ; les urines sont normales comme quantité et comme qualité ; la nourriture habituelle est reprise. Ra..., quitte l'hôpital au bout d'un mois, guéri. Il a repris son service.

OBSERVATION 124 (Inédite). — *Contusion du flanc droit par coup de jarret de cheval. — Guérison.* — (Professeur DELORME).

G., brigadier au 2^e Cuirassiers. Contusion intense du flanc droit par le jarret d'un cheval pendant les exercices de voltige (6 décembre 1894). Chute du blessé, syncope, douleurs abdominales vives dans le flanc droit et la région épigastrique. Pas de météorisme, de nausées, ni de vomissements. Urines normales. Quelques crachats sanglants indiquant que le thorax a été également atteint. Pouls et température normale. Compression, diète relative. Opium.

Le lendemain : même état, même traitement. Au bout de quelques jours les douleurs s'atténuent. Sortie en janvier. Guérison complète.

OBSERVATION 125 (Inédite). — Professeur DELORME.

B..., 2^e Cuirassiers entré au Val-de-Grâce le 24 décembre 1894 pour contusion du flanc droit par C. P. C. Guérison.

OBSERVATION 126 (Inédite). — *Contusion de la région inguino-crurale par C. P. C.* — Professeur DELORME.

Le nommé M..., cavalier au 7^e dragons à Fontainebleau entre dans le service de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce le 8 mai 1895. Vingt-cinq jours auparavant il a reçu à la partie inférieure de l'abdomen entre le pubis et l'épine iliaque antéro-inférieure à courte distance, un coup de sabot de cheval qui a porté à la fois sur le ventre et la racine de la cuisse.

Chute immédiate, pas de perte de connaissance, pas de nausées ni de vomissements ; pas d'hématurie Mictions fréquentes ; pas de selles sanglantes ; douleurs très vives accusées surtout la nuit et répondant à la région sous-ombilicale. Ecchymose pariéto-crurale persistante.

Constipation par l'opium ; immobilisation du ventre.

A la suite d'une marche, vingt-cinq jours après l'accident, M..., ressent une douleur très vive au-dessous de l'ombilic. C'est à ce moment que M. Delorme l'examine. La pression détermine quelques douleurs dans la région contuse mais la palpation ne révèle rien d'anormal. Mictions un peu fréquentes. Le malade sort bientôt, se plaignant toujours de douleurs profondes.

OBSERVATION 127 (inédite). — *Contusion du flanc droit par C. P. C.*
Contusion du rein et du foie. — (Professeur DELORME).

Le nommé Leport... , Jules, cavalier au 19^e escadron du train était le 7 mars 1896 occupé à panser son cheval dans l'écurie à 6 heures et demi du matin lorsque celui-ci se mit à ruer, lança des coups de pied qui l'atteignirent à la jambe et au flanc droit, à la distance de 50 cent. Le coup fut assez intense pour le projeter violemment contre la muraille. Pas de syncope, douleur immédiate et *violente* dans le flanc droit, irradiée à tout l'abdomen. Sa violence était telle, qu'au moindre mouvement le blessé poussait des gémissements. Vomissement alimentaire abondant immédiatement après le coup.

Leport... se rend à la visite, souffre aussi vivement, vomit une seconde fois et est évacué d'urgence sur le Val-de-Grâce où il arrive vers midi.

A l'examen, pas d'ecchymose pariétale, pas de contracture de la paroi, pas de ballonnement; abdomen douloureux; pouls plein, nausées, pas de miction; face, température, pouls normaux.

Immobilisation du ventre, diète de boissons et d'aliments; glace à l'intérieur; opium à haute dose.

Le soir : T. 39°, P. 76, respiration 16. Miction douloureuse.

Le lendemain, 8 mars : facies bon, pas de nausées ni de vomissements; douleurs irradiées à tout l'abdomen; pouls à 96; T. oscillant entre 37° et 38°. Urines sanglantes, donnant à l'analyse de l'albumine, des globules sanguins et la réaction des pigments biliaires. Le malade est toujours soumis à une surveillance attentive en vue d'une laparotomie possible.

Le 9 mars : facies bon, température et pouls normaux, 38° le soir. Douleurs abdominales vives à la pression. Toucher rectal douloureux. *Mêmes réactions des urines.* Quelques cuillerées de lait.

Le 10 et le 11 mars : même état. Paresse de l'intestin nécessitant le cathétérisme. Le 11, les urines ne décèlent plus la présence de pigments biliaires, de l'albumine et des globules sanguins.

Le 13, la douleur abdominale est très supportable. Température normale; on commence à ordonner une alimentation modérée (œufs, lait).

Guérison. *Eweat* le 23 mars.

OBSERVATION 128 (Inédite). — *Contusion du flanc gauche par*
C. P. C. — *Guérison.* — (Professeur DELORME).

Leq..., Abel, cavalier au 19^e escadron du Train, étant à la volée sautait à cheval par derrière, quant au moment où il appuyait ses mains sur le train postérieur de sa bête pour s'élancer, celle-ci, mal maintenue, lui lança un violent coup de jarret qui l'atteignit directement dans le flanc gauche, à quatre travers de doigt au-dessus du pli inguinal.

Douleur immédiate vive; tendance à la syncope, gêne de la respiration; tuméfaction ecchymotique au point frappé dès le soir. Pas de nausées ni de vomissements ni tympanisme ni facies péritonéal; miction et température normales.

Transporté à l'hôpital, Leq..., est soumis au traitement habituel : Compression, diète relative, opium continués pendant huit jours.

Les douleurs s'amendent lentement, elles persistent encore trois

mois après l'accident, assez vives pour rendre difficile l'extension du tronc, l'inclinaison latérale droite ou les mouvements de flexion en avant. A cette époque la palpation du ventre ne révèle rien d'anormal. Pendant la station debout prolongée, le flanc gauche semble augmenter de volume. Leq..., a repris son service.

OBSERVATION 129 — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. Épanchement sanguin traumatique de l'abdomen avec péritonite circonscrite. — Guérison.* — (PÉAN. *Clin. chir.* 1887. p. 257).

M..., 32 ans reçoit le 22 janvier 1881, un C. P. C. sur la partie inférieure droite de l'abdomen. Immédiatement : douleurs vives ; ne peut marcher. Porté chez lui. Durant la nuit, douleurs moindres, mais vomissements.

Le 23. Sangsues sur le bas ventre. Vomissements jaunes, verdâtres. Constipation. Fièvre. Pas de sang dans les selles.

Le 28, à l'hôpital : pas de fièvre. Pas de vomissements. Peu de douleurs. Selles assez fréquentes (5 ou 6 en 24 heures).

La palpation de l'abdomen fait constater dans le côté droit du ventre, un empâtement résistant allant jusqu'à la ligne médiane, et remontant en haut jusqu'au niveau de l'ombilic. Empâtement bien circonscrit, descendant jusqu'à l'arcade crurale au-dessus de laquelle il forme plastron. Repos au lit. Cataplasme.

2 février : Amélioration. Diminution des selles. Empâtement abdominal persistant. Le toucher rectal fait avant et après la miction permet de sentir en avant du rectum au-dessus de la prostate une dureté en forme de plaque transversale, dont on ne peut établir les limites ni en haut, ni en dehors.

Le 7. État satisfaisant. Diminution de volume de la masse globuleuse qui donnait l'empâtement abdominal.

Le 24. Grande amélioration : l'empâtement abdominal est considérablement diminué. Il ne remonte plus qu'à 4 centim. au-dessus de l'arcade crurale. Nettement circonscrit, son contour semble comme bosselé. Palpation indolente. Mêmes caractères au toucher rectal.

Le 25. Sortie.

OBSERVATION 130. — *Contusion violente de la région épigastrique par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (PÉAN, in *Cliniq. Chir.* 1890, p. 160).

P..., 49 ans, entre le 7 juillet 1886 pour un C. P. C. reçu à l'épigastre la veille au soir. Renversé par le choc. Suffocation intense. Pas de perte de connaissance. C'est à peine cependant s'il a pu se relever et se faire conduire à l'hôpital soutenu par deux aides.

Le lendemain matin, le blessé est assez calme, malgré une mauvaise nuit. Dyspnée toujours vive. Au-dessous de l'appendice xyphoïde (où le coup a porté) ecchymose très nette, quoique circonscrite, sans apparence de soulèvement, ni tuméfaction. Palpation douloureuse. Rien à l'auscultation.

Le 9. Plus de dyspnée.

Le 15. Guérison complète.

OBSERVATION 131. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Etat grave pouvant justifier une laparotomie. — Traitement médical. — Guérison.* — (POLAILLON, in *affections chirurgicales du tronc.* Paris 1896).

Homme âgé de 24 ans, reçoit le 6 juin 1895 à onze heures du matin un C. P. C. sur la région épigastrique. Renversé par le choc. Vive douleur. Pas de perte de connaissance. L'Hôtel-Dieu étant proche, il s'y rend à pied, soutenu par deux personnes.

Vu une heure après la contusion : douleur excessive dans tout le ventre. Vomissement d'aliments pris le matin. Glace sur le ventre. Champagne par petites cuillerées. Injection de morphine. Repos absolu. T. (s.) 38° 2.

Le 7. Le blessé reste immobile dans le décubitus dorsal n'osant faire le moindre mouvement pour ne pas exaspérer sa douleur. *Ventre rétracté*, muscles de la paroi abdominale contracturés. Diaphragme immobile. Respiration par les côtes supérieures. Anxiété. Yeux excavés. Vomissement bilieux à 5 heures du matin. Pas d'hémoptysie, pas d'hématurie, pas de selles sanglantes ou autres, pas d'émission de gaz par l'anus. Douleurs insupportables à la palpation, semblant siéger particulièrement au niveau du foie et s'étendre

dans la profondeur du côté des lombes. Pas d'ecchymose. Pouls petit, rapide. T. 38° 4. Soif vive, langue sèche.

« Il est certain dit M. Polaillon, que ce blessé a une lésion d'un « des viscères abdominaux, probablement le foie. Mais quelle est « cette lésion ? Où siège-t-elle ? Impossible d'avoir la moindre notion à cet égard. L'état est très grave, et une laparotomie pourrait « se justifier. Mais d'après ma pratique habituelle, et en l'absence « d'une indication quelque peu précise, je m'abstiens d'opérer ». Traitement : Compresses laudanisées. Vessie de glace sur le ventre. Champagne. Extrait thébaïque toutes les deux heures (0,01). Repos absolue. Diète absolue.

Le 8 : Même état. Dyspnée. Absence de gaz de l'anus. Le soir : un vomissement bilieux. Le ventre tend à se ballonner. Pouls plus fort, régulier. T. 37° 6.

Le 9 : Ventre légèrement ballonné. Toujours douloureux. Vomissements jaunes, bilieux comme au début d'une occlusion intestinale. T. 38° 2. Pas d'émissions anales de matières, ni de gaz. La péritonite existe, même traitement. Sonde dans le rectum. Lavement avec 0,50 cent. de sulfate de quinine et 1 gr. 50 de chloral.

Dans la soirée, une petite selle liquide sans méléna.

Le 10 : Cessation des vomissements bilieux. Le ventre ne s'est pas ballonné davantage. Petite amélioration. T. (m.) 37° 6. 38° 2 (s.) Les jours suivants, amoindrissement progressif de la douleur. Disparition du ballonnement. Les selles reprennent leur cours. Les muscles abdominaux se détendent.

Le 16 : Légère alimentation liquide.

Le 18 : Alimentation encore peu abondante. Le blessé se lève.

Le 22 : Guérison complète (17 jours après l'accident).

OBSERVATION 132 (inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*

— *Expectation. — Guérison.* (SCHWARTZ, in *Revue gén. Clin. et Thér.* p. 102, 1887).

Jeune homme de 20 ans. Reçoit en octobre 1883 vers 7 heures du matin un C. P. C. au niveau de la région hypogastrique. Une heure après, à l'hôpital : facies péritonéal, grippé, yeux excavés ; pâleur, pouls misérable. Respiration difficile. Extrémités froides. Vomissements bilieux et alimentaires.

Douleurs violentes dans la région hypogastrique : ventre plat

non ballonné, *plutôt rétracté en bateau et dur*. Nulle part par la percussion on ne trouve d'épanchement gazeux ou liquide. Urines normales. On attend l'apparition du ballonnement pour pratiquer la laparotomie. Traitement : glace sur le ventre. Diète absolue. Injections de morphine.

Le ballonnement ne se montre pas ; pendant *onze jours consécutifs le malade continue à vomir*, à ne pas aller à la selle, à présenter, excepté la tympanite, tous les signes de la péritonite néanmoins le blessé guérit parfaitement sans la moindre intervention.

OBSERVATION 133 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (dûe à la bienveillance de M. le médecin inspecteur DIEU).

P. reçoit le 19 juillet 1890 une ruade à toute volée dans l'abdomen. Repoussé par le choc en arrière, et serait tombé s'il n'avait été soutenu par des camarades. Perte de connaissance pendant quelques instants. A son arrivée à l'infirmerie, vomissements bilieux. Transporté à l'hôpital militaire de Versailles. Dans la soirée, température normale. Ecchymoses ayant la forme des fers du cheval qui l'ont frappé, et portant plus marquée, l'empreinte des extrémités. Ces ecchymoses sont orientées sur une diagonale allant de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, à la pointe de la 12^e côte droite. L'ombilic est circonscrit par la concavité de l'empreinte supérieure. Hyperesthésie abdominale avec prédominance au niveau des ecchymoses. Pouls : 80, net, bien frappé. Plus de nausées, pas de hoquet, rien du côté des pupilles, ni du système nerveux.

Malgré la perte de connaissance qui a suivi l'accident, et les vomissements qui se sont produits à l'infirmerie, l'état actuel ne présente rien d'alarmant. Pas d'indication à l'intervention : néanmoins, on prépare tout pour la laparotomie dans le cas où le moindre indice viendrait révéler une perforation intestinale, une hémorrhagie ou une péritonite.

Traitement : Vessie de glace sur l'abdomen. Pilule de 0,02 d'extrait d'opium toutes les deux heures.

10 heures du soir : facies reposé. Pas de pâleur anormale. Pouls bon. Température normale. Pas de hoquet.

Le 20 : Etat général satisfaisant. Pas de hoquet, pas de pâleur, face plutôt légèrement congestionnée. T : 37° ; P. 78, plein et

ferme. Abdomen toujours douloureux ce qui ne saurait étonner après la violence du traumatisme. Toujours même traitement, on permet quelques gorgées de lait avec de petits morceaux de glace.

Le 21 et le 22. Même régime. Même traitement.

Le 23. L'état du malade justifie pleinement la réserve gardée au point de vue du traitement. Le malade commence à crier famine. Régime : potage, 2 œufs, lait, limonade tartrique. On ne commence l'alimentation qu'avec une extrême prudence. On cesse l'opium, mais on maintient la glace sur l'abdomen, à la demande du blessé qui en éprouve du bien-être.

Le 27. Alimentation : 1 portion du petit régime. Amélioration continue. Le blessé est toutefois gardé en observation pour pouvoir parer à toute surprise.

Le 23 août. Sortie de l'hôpital sans aucun incident fâcheux.

OBSERVATION 134 (Inédlite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Expectation.* — *Guérison.* — (due à la bienveillance de M. le médecin-inspecteur DIEU).

C..., reçoit le 21 décembre 1890 à 8 heures du matin, un C. P. C. dans le flanc droit à la distance de 4 m. à 4 m. et demi. Le cavalier n'est pas renversé par le choc, mais il est pris de dyspnée intense, de syncope, avec pâleur et sueurs froides. Monte à l'infirmierie appuyé sur l'épaule d'un camarade. Là il est pris de malaise, nausées, et une nouvelle syncope une demi-heure après. Dans les quatre premières heures qui suivent l'accident : deux vomissements, le premier bilieux avec quelques résidus d'aliments ingérés le matin, le second, liquide et bilieux.

A son entrée à l'hôpital dans la journée : Immobilisation complète, diète absolue, Application de ventouses sèches à deux reprises à 8 heures et à 9 heures du soir. Le blessé ressent dans tout l'abdomen des douleurs très vives. Insomnie. T. 38°.

Le 22 : T. 38°. Aspect relativement favorable. Visage un peu fébrile, trahissant une certaine inquiétude.

Dans l'hypochondre droit, le malade présente deux petites plaies contuses, empreintes laissées par le fer du cheval. L'une siège sur le rebord de la douzième côte, l'autre environ douze cent. plus bas ; ce sont deux érosions assez insignifiantes qui n'ont guère dépassé la profondeur de l'épiderme. Le coup de pied a été reçu directement

et n'a pas glissé sur le flanc du blessé. Il y a très peu d'ecchymose et aucun épanchement sous-cutané.

Endolorissement général de tout l'abdomen. Douleurs vives à la pression, surtout à droite. La palpation légère même est douloureuse. Légère tension de la paroi abdominale, due à une contraction réflexe des muscles de la paroi.

Traitement : compresses glacées sur le ventre. Diète absolue. Immobilité.

Soir, 3 heures et demie : Aspect général moins satisfaisant. Facies fatigué. Yeux excavés. T. 39° P. 100. Pulsations faibles, bien que nettement sensibles, et faciles à compter. Mains froides. Nouveau vomissement. Région contuse douloureuse. On prescrit l'application de trente sangsues.

A 6 heures. Les sangsues ont saigné abondamment, la glace entretient un peu de suintement sanguin. Le blessé accuse un soulagement rapide et très appréciable. Néanmoins renvois continus. Langue blanche, sans sécheresse. Le blessé est peu altéré.

Chose inquiétante : *le malade remarque spontanément que la moindre gorgée de liquide inséré, provoque une exacerbation notable de la douleur, sans localisation marquée en un point quelconque toutefois.* Or, ce fait a été noté dans nombre d'observations de contusion abdominale comme un signe de perforation intestinale, et, dans ce cas, le coup de pied ayant été reçu dans le flanc, non sur la ligne médiane, l'intestin ne peut pas avoir été pris entre l'agent vulnérant et la colonne vertébrale,

Les douleurs les plus vives, s'exaspérant au moindre mouvement, siègent au niveau du bord inférieur du foie.

Traitement : piqûre de morphine pour calmer l'agitation du blessé. Glace intus et extra.

Le blessé n'a pas été à la selle, mais il a rendu quelques gaz à plusieurs reprises. On applique vers dix heures du soir un pansement ouaté légèrement compressif, les sangsues ayant continué à saigner.

Le 23. La nuit ayant été calme, le facies est meilleur. P. 75. La pulsation reprend de la force et se régularise. T. 37° 6 (m.) : 37° 5 (s). Dans la journée, renvois moins fréquents que la veille, pas de vomissements.

Le 24. T. 38° (m), 38° (s). Malgré cette légère élévation de température, l'état général s'améliore. Disparition des nausées.

Une selle spontanée dans le cours de la journée.

Du 25 décembre au 4 janvier, l'amélioration suit une progression non interrompue ; la température n'ayant jamais atteint 38° durant ce laps de temps. Le blessé est alimenté peu à peu et quitte bientôt l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION. 135 (Inédite). — *Contusion du flanc gauche par C. P.*
C. — *Hématuries.* — *Expectation.* — *Guérison.* — (dûe à la bienveillance de M. le médecin inspecteur DIEU)

M. reçoit à 8 heures du matin le 21 décembre 1890, un C. P. C. qui a porté à peu près par moitié sur l'os iliaque gauche, et sur la région lombaire, en arrière. Le choc, bien que violent, n'a pas amené de chute, mais un simple demi-tour du cavalier sur lui-même. Dyspnée qui ne va pas jusqu'à la syncope ; se rend à la visite à pied, appuyé sur l'épaule d'un camarade.

Là, première hématurie immédiate et abondante, en présence du médecin major du régiment. L'hématurie se reproduisant au bout de peu de temps, le blessé est évacué sur l'hôpital militaire de Versailles. A son entrée, application de ventouses sèches à la région lombaire.

A 2 heures 1/2, M. le médecin inspecteur Dieu (alors médecin chef de l'hôpital militaire de Versailles), prescrit l'application permanente d'une vessie de glace. Diète absolue. On reste en expectation ; devant l'état général satisfaisant, aucune intervention ne semble nettement indiquée.

Une troisième hématurie se produit dans le cours de la soirée. Le blessé aurait rendu en totalisant les trois hématuries deux vases d'urine, nettement sanglante. Reste à faire dans cette appréciation la part de l'exagération et de la terreur. T : 38° à cinq heures du soir.

La nuit s'annonce d'abord par un énervement assez marqué ; la région contuse est le siège de douleurs sourdes, avec exacerbations aiguës, à intervalles irréguliers, et irradiations dans tout l'abdomen. Malgré tout, la nuit est bonne grâce à une injection de 2 cent. de morphine. Le blessé n'a présenté à aucun moment, ni hoquets, ni nausées ni vomissements. Pas de nouvelle hématurie. — Le 22. Aspect général bon. T. 38°. Yeux brillants. Peau chaude, mais non sèche. Langue légèrement saburrale, mais non desséchée. Pas de soif exagérée. Faim légère. Pouls : 104. faible, avec un peu de

fréquence. Intelligence très nette. Plus de douleurs. A peine un peu de sensibilité au palper. Pas d'ecchymose. Le blessé a émis 3 à 400 gr. d'urine teintée en rouge foncé par les globules sanguins. Mais ce n'est plus l'aspect de sang presque pur qui avait été remarqué la veille.

A 3 heures 1/2 : T : 38°,5. P : 86. Aspect encore fébrile. Yeux brillants. Visage rouge.

Langue sans sécheresse. Battements du cœur réguliers nettement frappés. Pouls radial plus ferme. Pas d'intermittences. Traitement : Bouillon froid comme alimentation malgré les réclamations du blessé. Continuation de la vessie glace. Piqure de morphine. Immobilité. L'urine nouvellement émise s'éclaircit et le nombre de globules sanguins diminue d'une façon sensible.

Le 23 : T. : 27°,5 (m) ; 38°. (s). L'urine s'éclaircit.

Le blessé n'a pas encore été à la selle. Même traitement.

Le 24 : T. : 37° (m) ; 37°,2 (s).

Le 25 : T. : 37°,2 (m) ; 38°,2 (s). Urine limpide. Dépôt floconneux, blanchâtre qui reste en suspension.

Le blessé a été à la selle. Pas de douleurs.

Régime : bouillon, lait, potage, pruneaux

Le 26 : T. : 37° (m. et s.).

Résultat de l'analyse de l'urine de la veille :

Densité : 1011.

Réaction : acide. Albumine : 0,46 par litre.

Dépôt : globules rouges et blancs en grande quantité :

Le 27 : Analyse de l'urine de la veille :

Densité : 1011.

Réaction : acide.

Albumine : 0,40 par litre.

Dépôt : globules rouges et blancs en petite quantité.

5 Janvier 1891 : Plus d'albumine. Plus de dépôt.

Le blessé sort guéri le 9 janvier 1891.

OBSERVATION 136. — *Contusion violente de l'abdomen.* — *Symptômes immédiats assez sérieux.* — *Guérison rapide.* — (CLAUDOT in arch. med. mil. 1889).

Le 5 octobre 1889, vers 8 heures du matin, le cavalier P..., reçoit dans le côté gauche de l'abdomen, le choc violent des jarrets

de sa monture. La partie du membre qui constituait ici le corps vulnérant et qui a été, sans aucun doute possible, la pointe des jarrets, permettait de penser que la blessure serait relativement peu grave, qu'il n'y aurait pas notamment de rupture intestinale ; et c'est, en effet, ce que la marche ultérieure des symptômes a démontré.

Néanmoins les phénomènes immédiats ont été sérieux ; aussi toutes les précautions furent prises comme si la blessure était très grave. Il se produisit une syncope passagère ; le blessé promptement ranimé resta déprimé. On s'empessa de l'envelopper chaudement et de le transporter à l'hôpital, non en voiture, mais sur un brancard. Il y arriva moins d'une heure après l'accident, fut placé dans un lit bien chaud, immobilisé dans le décubitus dorsal, avec des boules d'eau chaude aux pieds et le long du corps, et mis au régime exclusif de la glace et d'une potion fortement opiacée.

La sensibilité du ventre était très vive, le *météorisme* alla en se développant presque toute la journée malgré les fomentations chaudes de camomille ; le facies était assez grippé ; le moral affaibli. A 3 heures, *tympanisme très marqué (le ventre était distendu comme une outre)*, alors qu'il n'y avait eu aucun vomissement ; que le pouls était calme et régulier, la physionomie en somme assez bonne quoique inquiète.

Le blessé déclara qu'il n'avait pas pu uriner depuis l'accident ; il vide néanmoins, sa vessie qui contenait environ 300 grammes d'urine normale. Dans les heures qui suivirent, les autres muscles lisses reprirent peu à peu leur tonicité, le ventre ballonné s'affaissa graduellement, la sensibilité à la pression s'atténua, et, à la visite du lendemain, l'état local comme l'état général justifiait le pronostic favorable et la conclusion, posée dès le premier examen, qu'il n'existait pas de lésion viscérale.

P... sortit de l'hôpital en excellent état quelques jours après.

OBSERVATION 137 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. mulet. — Expectation. — Guérison.* — (due à l'obligeance de M. le médecin principal DELAHOUSSE.

J..., soldat au 12^e escadron du train entre à l'hôpital pour contusion de l'abdomen par C. P. de mulet, dans la région de l'hypochondre droit.

Le blessé était à un mètre en arrière de l'animal quand il a reçu le coup. Renversé violemment à terre par le choc.

A son entrée, le 28 novembre 1895 : facies grippé, poulx petit, serré, 96. Nausées et envies fréquentes de vomir. T., 40. Douleur vive à 5 cent. au-dessus de la partie moyenne de la crête iliaque droite, ventre légèrement ballonné.

Traitement : glace intus et extra. Opium.

Le 29. Facies moins altéré. Poulx meilleur. T., 38°, ni nausées, ni vomissements, ventre météorisé et douloureux au niveau del'hypochondre droit. Pas de selles depuis l'entrée.

Le 30. Amélioration générale et locale. T. 38° 7 la veille au soir, et 37°,7 ce matin, ventre légèrement ballonné, douloureux, pas de vomissements. Quelques cuillerées de lait glacé. Opium. Vessie de glace

Le 1^{er} décembre. Etat local meilleur. Ventre plus souple, toujours douloureux au même point. Pas de selles malgré un lavement.

Le 2. Selle composée de matières dures mêlées à une petite quantité de sang noirâtre. Amélioration générale et locale. T. 37°, lait glacé.

Les 3-4-5-6. Amélioration continue. Alimentation légère à partir du 5 décembre, c'est-à-dire du 8^e jour après l'accident.

Guérison le 25 décembre 1896.

OBSERVATION 138 (Résumée). — *Contusion grave de l'abdomen par C. P. C. — Guérison spontanée.* — BILLET, (*in arch. méd. mil.* 1896).

X..., cavalier de remonte, reçoit le 1^{er} septembre 1895 à 10 heures du matin, dans la région du flanc gauche, un C. P. C. lancé à la volée. Il est projeté en arrière, tombe en syncope, puis, pendant toute l'après-midi, est pris de lipothymies répétées, et de vomissements verdâtres. A l'hôpital à 7 heures du soir : le facies est pâle, le poulx faible, rapide à 140 ; T. 37°,5.

Les vomissements deviennent moins fréquents que dans la journée ; il n'y a plus de lipothymies, mais de la somnolence, dont le tirent aisément les douleurs abdominales violentes non localisées, qu'on produit par la pression, par l'attouchement même du ventre, et qui persistent, un peu atténuées, en dehors de toute pression. Les

douleurs ne sont pas plus vives dans le flanc gauche où le fer à cheval a porté, sans qu'on en voie, du reste, de trace sur l'abdomen.

Il n'y a pas eu de miction depuis l'accident. Le facies n'est pas grippé; en dehors de la somnolence, l'intelligence est nette.

On veut pratiquer la laparotomie; mais l'absence ou l'éloignement d'aides suffisants, l'heure déjà avancée qui menaçait de la nuit, avec un éclairage imparfait, en présence d'une opération dont on ne pouvait guère prévoir la durée, la font rejeter. D'ailleurs déjà près de neuf heures après l'accident, ni ballonnement du ventre, ni douleurs localisées, ni facies grippé, on ajourne toute décision au lendemain, (glace, intus et extra, diète absolue, opium).

Le lendemain matin 2 septembre, la température est 38°; le poulx 100, s'est relevé; la nuit, sous l'influence de l'opium, a été supportable; mais, au réveil, les douleurs abdominales ont reparu aussi intenses que la veille; il n'y a plus eu de vomissements depuis 41 heures du soir.

La palpation ne donne aucun renseignement, mais le relèvement du poulx n'indique pas d'hémorrhagie; le facies pâle, mais nullement grippé, n'est pas péritonéal; il n'y a pas eu de miction depuis 20 heures; le cathétérisme, facilement pratiqué, vide la vessie, faiblement remplie d'une urine normale.

L'intervention est de nouveau repoussée. Glace, opium et lait froid.

Le soir: Température 38°3. Poulx 100, plein. Douleurs toujours aussi vives et toujours généralisées.

Le 3, matin: T. 38°. P. 90. La nuit a été presque bonne; les douleurs spontanées ont diminué beaucoup d'intensité, l'état fébrile léger, ne permet évidemment pas de considérer l'incident comme clos; l'attention est toujours en éveil sur les symptômes tardifs.

On commence, néanmoins, à nourrir le blessé par du lait en quantité modérée et deux œufs; à l'exclusion de tout autre aliment: glace, opium.

Le soir: T. 38°5. P. 86. Le malade a uriné spontanément.

La journée du 4 débute sans changement; mais à la suite d'une selle provoquée par un lavement huileux, la température tombe à 37°2 à 4 heures, le poulx à 80.

Le 5, les douleurs abdominales ont disparu, l'appétit revient; on peut considérer le malade comme convalescent. Il quitte l'hôpital le 15 septembre.

OBSERVATION 139. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (CHAVASSE, in *Arch. med. mil.* 1884, t. 4 p. 17).

A..., 23 ans, cavalier au 7^e cuirassiers, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 11 décembre 1883. Aucun antécédent morbide. C. P. C. à l'épigastre. Projeté à terre. Perte de connaissance. Après la cessation de la syncope qui a été de courte durée, il est transporté à l'infirmerie, où l'on constate seulement de l'angoisse respiratoire, une vive douleur spontanée et à la pression siégeant au point frappé. A son arrivée à l'hôpital : douleur très intense, exaspérée par la pression, localisée à la région sus-ombilicale ; pas de vomissements mais un peu d'état nauséux ; pas de ballonnement abdominal ; gêne respiratoire assez marquée ; pouls plein, peu rapide. T. 38°.

Traitement : Diète de boissons et d'aliments ; glace en petits morceaux à l'intérieur. Frictions mercurielles belladonnées et ouate sur le ventre.

Le soir la température est encore à 38° : même état général que le matin.

12. Aucune aggravation des symptômes précédents ; dans l'après-midi, le malade se plaint de n'avoir pas uriné depuis son accident : on retire par le cathétérisme environ trois quarts de litre d'urine légèrement colorée. T. 38° le matin, 37° 5 le soir.

13. Les phénomènes s'amendent d'une manière très sensible, et en quelques jours la guérison est complète. Le 21 décembre, ce cavalier sort pour reprendre son service ; il avait eu le 19 une selle accompagnée d'une légère perte sanguine qui était due à la déchirure d'hémorroïdes externes.

OBSERVATION 140. Inédite. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (Due à l'obligeance de M. le médecin principal JEUNHOMME).

J..., 32^e d'artillerie, entre le 13 décembre 1894 pour contusion par C. P. C. dans la région épigastrique. Transporté à l'hôpital.

« Le traumatisme, dit M. Jeunhomme, m'a causé quelques inquiétudes par les vomissements du premier jour, la faiblesse du

« poulx, et la tendance à la lipothymie. » On institue le traitement médical : immobilisation, glace, opium, etc.

Le blessé sort guéri le 22 janvier 1893.

OBSERVATION 141 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C.* — *Expectation.* — *Guérison.* — (Due à l'obligeance de M. le médecin principal JEUNHOMME).

P..., 12^e d'artillerie, aide-maréchal, reçoit dans la région hypogastrique un C.P.C.

Entre à l'hôpital le 24 juin. Sort le 16 juillet, après traitement par l'immobilisation, diète, glace, opium. Guérison sans incidents.

« *Le registre des autopsies de l'hôpital d'Orléans, ajoute M. le docteur Jeunhomme, ouvert depuis 1882 jusqu'à ce jour, 14 novembre 1896, ne renferme aucune observation de décès, suite de contusion abdominale par C. P. C.* »

OBSERVATION 142. — *Contusion de l'abdomen par C.P.C.* — *Expectation.* — *Guérison.* — (MOTY, in *Revue de chirurgie*, 1890, p. 885).

R..., cavalier de manège à Saumur, reçoit en 1874 un C.P.C. dans l'abdomen, à la région épigastrique : violentes coliques pendant une nuit, elles cèdent à l'opium et à l'emploi de ventouses. Alimentation lactée le deuxième jour. Vomissements rebelles consécutifs à cette contusion.

Examen le 4 juillet 1878. Depuis son accident ce malade a présenté des symptômes très nets d'ulcère stomacal : gastralgie après le repas avec sensation de brûlure à l'épigastre, rachialgie, vomissements rebelles, constipation; jamais de sang dans les selles ni dans les vomissements, douleur constante à l'épaule droite; actuellement il est très amaigri, digère mal, rend la majeure partie de ses aliments sous forme liquide et éprouve peu de temps après une faim très vive.

Abdomen excavé, on sent très facilement battre l'aorte derrière l'ombilic, on perçoit également, au niveau du cœcum et dans la fosse iliaque gauche, de petites masses de matières fécales dures, mobilisables à la pression des doigts.

Le traitement médical réussit encore cette fois à calmer les douleurs, le malade sort le 20 septembre (deux mois et demi après l'accident) en assez bon état.

Il serait mort, ajoute M. Moty, un peu plus tard, à la suite d'accidents semblables, mais l'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION 143. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (MOTY, in *Revue de chirurgie*, 1890, p. 884).

P..., entre le 4 janvier à l'hôpital du Gros-Caillou pour C. P. C. dans l'abdomen suivi de vomissements et de syncope ; pas de symptômes de perforation. Rétablissement rapide.

OBSERVATION 144. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (MOTY, *loc. cit.*).

J..., entre le 26 janvier à l'hôpital pour C. P. C. dans l'abdomen ; *état gravé* à l'entrée. Pas de symptômes positifs de perforation ; placé dans un appareil de Bonnet, et traité par l'opium en pilules (0, 15 centigr. par jour) pendant 3 jours. Régime lacté. Guérison. Sort le 15 février.

OBSERVATION 145. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (MOTY, *loc. cit.*).

R..., entre le 26 août à l'hôpital du Gros-Caillou pour C. P. C. dans l'abdomen. *Symptômes graves.* Compression ouatée. Opium en pilules. Aliments légers. Sort guéri le 18 septembre sans complications.

OBSERVATION 146. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (MOTY, *loc. cit.*).

R... entre le 10 mai, les symptômes graves sont déjà dissipés. Se rétablit rapidement. Sort le 14 du même mois. Guérison.

OBSERVATION 147. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (MORY., loc. cit.)

P..., entre le 7 juin pour C. P. C. dans l'abdomen. Etat grave.

Traitement : opium en pilule (1 décigr.) cataplasme sur l'abdomen. Régime lacté. On fait les 3^{me}, 4^{me}, 5^{me}, 6^{me} et 7^{me} jours des lavages de l'estomac pour combattre le gonflement de l'abdomen. La vessie, qui est paralysée, nécessite l'emploi de la sonde urétrale pendant la même période. Pas d'épanchement.

Le 14 juin, les phénomènes de paralysie des viscères abdominaux cèdent rapidement, et le 25, on donne au blessé des aliments solides. Guérison le 17 juillet.

OBSERVATION 148 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (dûe à l'obligeance de M. le médecin principal Mory, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce).

M..., entre à l'hôpital pour une contusion de l'abdomen par C. P. C., le 22 novembre 1895 à 8 heures du soir.

Les deux pieds du cheval ont porté à 1 mètre, de chaque côté de la région vertébrale, l'un à droite, l'autre à gauche, à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Renversé par le choc. Pas de syncope. Commotion peu accusée. Pas de symptômes de perforation, pas de fièvre. La peau présentait un piqueté rouge aux deux points frappés. Ce piqueté était encore visible quand le blessé est sorti de l'hôpital. Amélioration progressive. Traitement : diète, opium, repos. Sorti le 28 novembre 1895.

OBSERVATION 149 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Mory.)

L..., contusion du flanc droit par C. P. C. le 19 juin 1896. Chute. Perte de connaissance. Entre à l'hôpital, 2 heures après l'accident. Pouls calme un peu faible, vers 80 pulsations. Dilatation de la pupille

droite et douleur vive dans la région hépatique. Pas de signes de perforation. Traitement : diète, repos.

Le 22. Pupille encore dilatée. Douleur dans la fosse iliaque droite semblant indiquer au épanchement sanguin peu abondant. Pas de matité. Pas de troubles digestifs. Pas d'ictère. Mictions et selles régulières.

1^{er} juillet. Mêmes symptômes allant en diminuant.

10 juillet. Pupilles égales. Persistance de la douleur dans la fosse iliaque. Part en convalescence.

OBSERVATION 150. (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.* — *Expectation.* — *Guérison.* — (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé MOTY).

D..., contusion de l'abdomen par C. P. C., le 28 juin 1896. Le coup a porté dans le flanc gauche à la hauteur et à cinq travers de doigt en dehors de l'ombilic. Ni chute ni syncope. A l'entrée, trois heures après l'accident, pas de signes de perforation. Commotion faible. Pouls et pupilles normaux.

Diète. Opium.

Le 30. Suppression de l'opium. Selle spontanée à 3 heures du soir suivie de douleurs sourdes dans le flanc gauche.

Le 7 juillet. La douleur du flanc gauche persiste, elle commence 20 minutes après la selle et dure 2 à 3 heures.

Le 10. Cessation des douleurs.

Le 17. Guérison complète.

OBSERVATION 151 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.* — *Symptômes immédiats de rupture de la vessie.* — *Guérison sans intervention.* — (Due à l'extrême obligeance de M. le médecin-major SIEUR, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire.)

L..., trompette au 7^e régiment de cuirassiers, reçoit au niveau du bas ventre, le 4 mai 1895, à 8 heures du matin, un C. P. C. lancé à toute volée. Transporté immédiatement à l'infirmerie, on lui applique un bandage de corps afin d'immobiliser l'abdomen, et on lui donne 2 pilules d'opium de 3 centig.

Vu par M. Sieur 2 heures à peine après l'accident. C'est un homme

robusté, intelligent, qui raconte qu'ayant reçu l'ordre de faire avancer un cheval qui venait de se fracturer le membre postérieur gauche, il se tenait à un mètre environ derrière lui, et le stimulait à l'aide d'une baguette, quand l'animal s'étant soulevé brusquement sur les pieds de devant, lui avait envoyé avec le membre postérieur sain, un C.P. qui l'avait renversé à terre. Bien que pris immédiatement d'une violente douleur dans le bas-ventre, il avait pu se relever en soutenant l'abdomen avec les mains, mais à peine avait-il fait quelques pas que l'intensité de la douleur le forçait à s'agenouiller et il serait tombé à terre sans l'aide de ses camarades.

A l'heure actuelle : face pâle, traits un peu tirés, mais respiration ample, régulière. P. 64. Extrémités froides et le malade se sent frissonnant. Le ventre mis à découvert, on note à 4 ou 5 cent. au-dessus de la symphyse pubienne une trainée rose à direction transversale et de 7 cent. de long, qui indique le point atteint par le sabot du cheval (cette trainée rose ne s'est pas accompagnée d'ecchymose par la suite)

La douleur éprouvée par le blessé est comparée par lui à une sorte de déchirure profonde ; elle est spontanée, s'exagère par les grands mouvements respiratoires, les déplacements du corps et surtout par la pression et la palpation de l'abdomen. Dès qu'on applique la main sur la paroi abdominale, les muscles entrent en contraction, bien que la douleur ne soit vraiment intolérable qu'au niveau de la région hypogastrique, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne et un peu à gauche de la ligne médiane, point terminal de la trainée rose signalée plus haut.

Percussion normale. Pas de matité, ni au niveau de la région vésicale, ni dans les 2 fosses iliaques, ni dans les flancs. Le point sur lequel semblait s'être concentré tout l'effort du traumatisme, correspondant à la zone habituellement occupée par la vessie en état de réplétion, on apprend que le malade a uriné à 5 heures du matin au moment du réveil, qu'il a pris un quart de café avant de se rendre sur le terrain de manœuvres et qu'il avait besoin d'uriner lorsqu'il a reçu le C. P. C. sur le ventre. Depuis le traumatisme il n'a pas uriné, bien que le besoin soit allé en croissant. Invité à faire quelques efforts modérés de miction, il éprouve aussitôt une douleur plus vive et ne peut émettre une seule goutte d'urine.

Après désinfection immédiate de la verge, du méat et lavage de l'urèthre antérieur à l'eau boricuée et au permanganate, on introduit une grosse sonde de Nélaton préalablement soumise à l'ébulli-

tion. Cette introduction qui s'est faite sans difficulté ne ramène que quelques gouttes d'urine fortement sanglante.

Rassemblant alors les commémoratifs de l'accident et les principaux symptômes présentés par le blessé, M. le docteur Sieur est amené à conclure que le malade est vraisemblablement atteint d'une rupture de la vessie, d'autant que le doigt introduit dans le rectum, réveille une douleur vive au moment où son extrémité presse sur le bas fond. Seul, l'état général était peu en rapport avec une lésion grave de la vessie ou d'un viscère abdominal : shock peu intense (mais il peut manquer il est vrai dans certaines ruptures de la vessie), pouls régulier et de fréquence à peu près normale. Pas de nausées, pas de refroidissements.

On laisse une sonde à demeure et on se tient prêt à pratiquer dans l'après-midi une laparotomie exploratrice. Traitement : diète absolue, vessie de glace, etc.

A 2 heures de l'après-midi : T. 37°3. P. 64. Respiration régulière, facies peu tiré. Pas de nausées, douleur abdominale moins vive, sauf au niveau du point contus. Intelligence nette. Le blessé se soumet à une intervention si elle est jugée nécessaire. 80 grammes d'urine claire ont été émises par le malade dans son urinal où plonge l'extrémité libre de la sonde à demeure.

Nouvel examen avec M. le Médecin-chef Pierrot. Pas de tympanisme. Sonorité de la région sus-pubienne et des fosses iliaques. Douleur syncopale à la pression un peu prolongée, mais la douleur propagée semble s'être atténuée. On repousse la laparotomie et on s'en tient à l'expectation armée.

Le 5. Nuit calme (morphine) Etat général excellent. T. 37°2. P. 63. Douleur au point contus toujours vive. La sonde est bien tolérée. Urines claires, la quantité émise dans la soirée et la nuit atteint 300 c. c. (Même traitement, diète absolue, glace intus et extra). Le soir T. 38 (à la suite d'une visite) Pas de nausées, pas de frissons.

Le 6 : Amélioration continue. Léger sommeil. T. 37°3 ; P. 70 régulier. Ventre plus souple, moins sensible dans son ensemble, mais exploration profonde impossible. Urines toujours claires. Quantité des 24 heures : 375 c. c., mais sensation de brûlure dans le canal. On constate la présence d'une gouttelette de pus au niveau du méat. On apprend alors que le blessé a conservé un léger écoulement chronique d'une ancienne blennorrhagie. Injection boriquée suivie d'une injection de permanganate de potasse poussée dans l'intérieur de la sonde dont l'extrémité profonde a été amenée au niveau de

l'urètre antérieur. Remplacement de la soude. Traitement : diète lactée. Champagne glace. Salol (2 gr.) Plus de morphine.

Le 8. Atténuation des symptômes du début. T. normale. Douleur locale moindre mais existant encore à la pression même légère. Urines claires quantité des 24 heures : 700 gr. L'écoulement urétral est plus abondant. Lavages, etc.

Le 10. La sonde étant douloureuse a été retirée dans la soirée du 9. Miction non douloureuse quantité de 244 : 1000 cm,c. Au fond du vase, mince couche de pus provenant du canal, et au-dessus notable quantité de mucus vésical. Le quinzième jour après l'accident : légère poussée inflammatoire du côté de l'épididyme gauche. quelques phénomènes de cystite rapidement enrayés par des instillations de nitrate d'argent à 1 o/o. Guérison 1 mois et demi après le traumatisme.

OBSERVATION 152 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen (Région hépatique) par C. P. C. — Vomissements biliaires. — Arythmie cardiaque persistant pendant 15 jours. — Signes de congestion du foie (diarrhée biliaire). — Expectation. — Guérison.* — (Due à l'obligeance de MM. les médecins-majors Hassler et Sieur, répétiteurs à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon).

P..., entre à l'hôpital Desgenettes le 15 avril 1896, pour contusion de l'abdomen par C. P. C.

Antécédents personnels. — Bonne santé antérieure, mais a reçu il y a 3 ans, un C. P. C. dans l'abdomen dont il a bien guéri, ressentant seulement de temps en temps quelque points douloureux au niveau des reins.

Cette fois, étant au manège, il a été heurté violemment par le poitrail d'un cheval au galop. Renversé à terre par le choc, il reçoit de ce cheval un coup de pied au niveau de la région hépatique (3 minutes environ). Vomissements alimentaires, puis bilieux à deux ou trois reprises, qui cessent une demi-heure après l'accident.

Le 16. Vives douleurs au niveau du rebord inférieur des fausses côtes droites, particulièrement au niveau de la vésicule biliaire, et au niveau du creux épigastrique. Pas d'ecchymose. Respiration normale, mais très vive douleur à la palpation au niveau du foie. Pas de tension de l'abdomen qui est sonore dans toute ses parties.

Matité du foie normale. Fosse iliaque droite absolument libre. Pas de signes d'hémorrhagie interne ; pas de diarrhée. Pas de constipation. Vomissements biliaires très fréquents. Urines normales. Respiration ne devenant douloureuse que dans les inspirations et expirations forcées. Pas d'abaissement de la température. Pas de facies grippé. Pas de cyanose. Léger refroidissement des extrémités. Pouls régulier, bien frappé, assez tendu, 85 (quelques temps après l'accident, il était tombé à 45 pulsations).

Traitement : Vessie de glace sur la région douloureuse.

Le 17 : Douleur toujours aussi intense au niveau du foie. Pas d'ictère. Urines toujours normales (pas de glucose, pas de pigments biliaires). Pas de symptômes du côté du péritoine.

Arythmie cardiaque très sensible : A l'auscultation on entend quatre bruits du cœur très rapprochés l'un de l'autre. Ils correspondent à deux révolutions cardiaques qui se succèdent très rapidement, et qui sont ensuite suivies de cinq à six révolutions cardiaques d'une durée normale. Pas d'hépatoptose. Extrémités toujours un peu froides. T. 37° 5.

Du 19 au 23 : Persistance de l'arythmie.

Le 26 : Disparition de l'arythmie.

Le 29 : Troubles digestifs. Langue saburrale. Anorexie. Diarrhée. Nausées. Coliques. On prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 2 mai : Persistance des troubles digestifs qui sont cependant moins marqués. Névralgie intercostale très intense, probablement d'origine rhumatismale, siégeant à droite. On prescrit 2 grammes de sulfate de quinine.

Le 4 : Amélioration sensible. Plus de troubles digestifs. Névralgie intercostale très atténuée. Foie moins douloureux à la palpation.

Le 13 : Disparition de la névralgie intercostale.

Le 15 : Le malade une demi-heure après le repas du soir, se plaint d'un violent mal de tête. Pendant une heure, il a des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Pas de fièvre. Vives douleurs dans la région du foie. Les douleurs se calment au bout d'une heure mais insomnie,

Le 16 : Pas d'ictère. Pas de symptômes péritonéaux. Le foie mesure 12 centim. au niveau de la ligne mamelonnaire. Très douloureux à la pression et même à la palpation.

Urines normales, pas de signes d'hépatoptose.

Le 18 : Diarrhée et vomissements biliaires très abondants. Pas

d'ictère. Urines normales. Traitement : sous-nitrate de Bismuth : (4 grammes).

Le 28. Persistance de la diarrhée. Suppression du bismuth. Le malade prend chaque jour à doses espacées une solution de 10 gr. de sulfate de soude dans 100 gr. d'eau distillée.

Le foie à 9 centim. sur la ligne mamelonnaire. Pas d'ictère. Rien dans les urines.

1^{er} juin. Persistance de la diarrhée biliaire.

Le 3. Plus de diarrhée.

Le 20. Etat général et local excellent. Plus de trouble ni du système digestif, ni du système circulatoire.

Appétit vif. Le malade sort guéri, ayant regagné 5 kilog.

OBSERVATION 153. — (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (Due à l'obligeance de M. le médecin-major YVERT).

Homme reçoit le 5 juillet 1896 un violent C. P. C. dans l'hypochondre gauche.

Pas de symptômes sérieux, sauf une rétention d'urine, d'une durée de 36 heures, qui disparut après deux cathétérismes. Pas d'autres signes de retentissement du côté du péritoine.

Guérison complète le 28 juillet.

OBSERVATION 154 (Inédite). — *Contusion par C.P. C. — Expectation. — Guérison.* — (Due à l'obligeance de M. le médecin-major YVERT.)

Homme reçoit un C. P. C. en août 1896, dans l'abdomen. Epanchement sanguin moyen dans la fosse iliaque droite. Traitement médical. Guérison.

OBSERVATION 155 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. Péritonite localisée. — Guérison sans laparotomie malgré la gravité des symptômes,*

Le blessé frappé le 28 juillet 1896, sort guéri le 30 août.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu recevoir à temps, pour la

résumer, cette observation très détaillée, que M. le médecin-major Yvert considère à juste titre comme un des plus beaux cas de guérison par l'expectation avec traitement médical bien conduit.

OBSERVATION 156 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. Expectation. — Guérison.* — (due à l'obligeance de M. le médecin-major RIOBLANC, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.

Vigoureux cuirassier de 22 ans, reçoit le 28 novembre 1895, à 5 heures de soir, une ruade qui l'atteignit à la région épigastrique. Le blessé (qui n'avait pas mangé depuis 11 heures du matin) est renversé par le choc. Perte de connaissance pendant cinq minutes, puis grande gêne respiratoire. Nausées. Pas de vomissements mais reste dans un certain état de stupeur pendant plusieurs heures. Nuit tranquille.

Le 29. M. Rioblanco trouve le blessé un peu affaîssé. Vive douleur à la région épigastrique, où cependant ne se montre ni tuméfaction, ni ecchymose, ni plaie. Douleur dans la région hépatique, mais aucun signe de lésion viscérale. Pas de réaction péritonéale ; T. 37° 3. Pas de vomissements. Pas de nausées. Pas de ballonnement. Pas d'ictère. Matité du foie conservée sans exagération. Pouls plein, lent et régulier. La pression à distance ne réveille pas de douleur sur les côtes, ou les cartilages costaux. Respiration facile non douloureuse.

Traitement : diète absolue. Glace sur la région douloureuse.

Le 30. Selle normale. Urines claires et limpides. Gardé en observation jusqu'au 12 décembre, sans avoir jamais présenté aucun phénomène alarmant. Sort complètement guéri.

OBSERVATION 157 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. Expectation. — Guérison.* — (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé FERRATON).

Le 17 octobre 1896, à 4 heures du soir le cavalier B..., reçoit une ruade qui porta à bout de jambes dans la région iliaque droite et un peu dans la région pubienne. Renversé par la violence du choc.

Peut se relever. Pas de perte de connaissance. Le blessé va simplement se coucher sans présenter d'autres symptômes qu'une assez vive douleur dans la région du contuse.

Nuit calme, mais sommeil souvent interrompu par une toux qui provoquait les douleurs. Transporté le lendemain matin au Val-de-Grâce.

Le 18. Même douleur au point contus. Vigilance musculaire. Miction et défécation faciles. Pas de vomissements, pas de fièvre. Pouls normal.

Le 22. Légère douleur dans la fosse iliaque, mais région pubienne encore douloureuse. Amélioration progressive. Guérison rapide.

Traitement : Bouillon. Lait. Opium. Immobilisation. Glace.

OBSERVATION 158 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Expectation.* — *Guérison.* — (Due à l'obligeance de M. le médecin major FERRATON, professeur agrégé au Val-de-Grâce).

Le 28 octobre 1896 à 7 heures du matin le brigadier R..., reçoit dans la région épigastrique (à gauche) et un peu dans l'hypochondre gauche, un coup de genou de son cheval qui venait de se cabrer. Renversé par le choc. Perte de connaissance. Relevé par des camarades qui le soutiennent jusqu'à l'infirmerie.

Pas de nausées, pas de vomissements, mais douleur très vive, spontanée, dans la région contuse ; exaspération de la douleur par les mouvements, par la pression, et les inspiration même légères.

Transporté au Val-de-Grâce, à 9 heures 1/2 du matin, dans une voiture d'ambulance qui fit le trajet avec lenteur. Pas de douleur durant le transport. A son arrivée, le blessé peut descendre facilement et marcher assez bien de la voiture au lit désigné.

A l'examen : douleur toujours très vive à la région contuse. Pas de fracture des fausses côtes. Lassitude générale. Aspect général satisfaisant. Pas de nausées, pas de vomissements, pas de vigilance musculaire, P. 80. R. 20. Traitement : diète, glace, repos absolu, bandage de corps autour de l'abdomen. Extrait thébaïque (une pilule de 0,05 gr.)

Même état dans la journée. Nuit relativement bonne.

Le 29. Douleur moins vive. Bon état du tube digestif ; pas de vo-

missemments, pas de constipation. Appétit, mais continuation de la diète. T. 37° 5 ; P. 80 ; R. 24. Le blessé sort le 3 novembre, se sentant tout à fait bien.

OBSERVATION 159 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.* — *Expectation.* — *Guérison.* — (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé FERRATON.)

Le 7 octobre 1896 à 10 heures du matin, le cavalier R..., étant au pansage, passait derrière un cheval, lorsqu'il reçut une ruade qui porta vigoureusement dans les régions pubiennes et hypogastrique. La verge avait été relevée de bas en haut, appliquée contre le pubis et contuse assez fortement dans le même traumatisme.

Le blessé fut renversé à terre, mais ne perdit pas connaissance, toutefois il ne pût se relever. Transporté à l'infirmerie et de là au Val-de-Grâce.

A son arrivée : vive douleur dans la région contuse, mais pas de vigilance musculaire accusée. Miction impossible nécessitant pendant cinq jours l'emploi d'une sonde. Pas de vomissements. Pas de hoquets. Pas de nausées. Constipation durant 3 ou 4 jours. Coliques dans tout l'abdomen, mais coïncidant avec la période de constipation. Pas de pissement de sang. Amélioration dès l'entrée à l'hôpital. Douleurs durant quelques jours qui vont en s'atténuant, et finissent par disparaître en dernier lieu dans la verge et au niveau du pubis.

Traitement : Bouillon. Lait. Opium.

Repos absolu. Immobilisation.

OBSERVATION 160. (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C.* — *Expectation.* = *Guérison.* — ARAN. 1811 th. Paris, n° 76 p. 9.)

Homme reçoit un C. P. C sur la région lombaire. Perte de connaissance. Large ecchymose au point contus. Respiration gênée. Pouls petit, dur, fréquent. Saignée. Fomentations émollientes sur l'abdomen.

Quatre heures après l'accident : ventre ballonné tendu, très douloureux. Respiration très pénible. Fièvre. Pas de miction nouvelle saignée. Lavement.

Durant la nuit, besoin d'uriner la sans résultats.

Le lendemain, après sondage, issue d'une assez grande quantité d'urine, d'abord de couleur naturelle, puis sanguinolente.

Un quart d'heure après l'introduction de la sonde, écoulement de sang qui dura une heure entière et qui procura un grand soulagement au blessé.

La fièvre, la douleur, la tension de l'abdomen cessèrent entièrement. Respiration facile. L'urine sortit normalement deux heures après. L'hématurie persista pendant trois jours consécutifs, et à des intervalles plus ou moins éloignés.

Le 6^e jour il ne restait plus qu'une légère douleur à la région lombaire, et le malade peut reprendre son service vingt-cinq jours après l'accident.

OBSERVATION 161 (Résumée).— *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Expectation.* — *Guérison.* -- (ARAN, th. Paris. 1811, n^o 76.
p. 10.)

Homme reçoit un C. P. C. à la partie antérieure et supérieure du pubis. Le crampon du fer de son cheval avait déchiré les téguments, et mis les os entièrement à découvert un peu au-dessus du pénis. Renversé par ce choc très violent, et jeté bien loin en arrière. Nausées. Vomissements. Fièvre. Gêne dans la respiration. Abdomen extrêmement tuméfié, principalement vers la région hypogastrique, une large ecchymose en couvrait toute la partie inférieure. Pas de miction. Traitement : Saignée, fomentations sur l'abdomen, limonade pour boisson, lavements, diète.

Le pénis était tellement douloureux que le sondage fut impossible. Le blessé refuse la ponction de la vessie dont la saillie devenait de plus en plus considérable. Par compression le malade arriva à vider sa vessie ; le dégorgement s'opéra presque complètement en trois heures.

Urine sanguinolente. Hématurie pendant trois jours. Cicatrisation rapide de la plaie, puis prompt guérison.

OBSERVATION 162 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Expectation.* — *Guérison.* — (ARAN. th. Paris. 1811, n° 76
p. 11).

Homme reçoit un C. P. C. sur la région lombaire du côté droit. Perte de connaissance durant 4 heures. Pouls faible. Face décolorée. Respiration très gênée. Abdomen excessivement douloureux surtout du côté contus où existe une ecchymose considérable. Traitement : saignée fomentation sur l'abdomen. Eau d'orge nitrée. Lavements. Diète. Miction facile mais en très petite quantité. Abdomen très tendu.

Le lendemain : nausées, hoquets, vomissements de sang noir et épais. Hématurie manifeste avec miction facile

Diète jusqu'au 10^{me} jour. Guérison le 25^{me} jour.

OBSERVATION 163 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.* — *Expectation.* — *Guérison.* — (LARREY. Cliniq. Chirur. t. II. p. 484. 1829.)

B... 26 ans, reçoit le 8 mars 1821 dans la soirée un si violent C. P. C. au côté gauche qu'il fut renversé sur le côté droit, perdit subitement connaissance, et ne put être rappelé à la vie qu'une grande demi-heure après.

Durant toute la nuit, le blessé ne cesse de se plaindre.

Le 9. A l'hôpital : ventre tendu, ballonné, on sent, quoique d'une manière obscure une ondulation de liquide. Respiration difficile. Oppression suffocante empêchant le blessé de répondre aux questions. Pouls à peine sensible. Peau décolorée. Extrémités froides. Plaintes continues. Anxiété extrême. Pas de miction depuis l'accident. On sonde le malade qui émet un litre et demi d'urine sanguinolente. La sonde est laissée à demeure pour prévenir une nouvelle rétention.

Traitement : ventouses scarifiées sur toute la surface du bas-ventre, en ayant soin de faire fortement saigner, celles qu'on avait appliquées sur les parties contuses et ecchymosées ; pendant ce temps dit Larrey « mettant en pratique un procédé que j'avais vu « employer par les Esquimaux et qui m'avait donné plusieurs suc-

« cès, j'ordonnai qu'on écorchât avec toute la célérité possible, un
« gros mouton. Nous enveloppâmes promptement le sujet tout nu
« dans la peau fumante du mouton ; une forte saignée du bras fut
« faite pendant l'action même de la peau du mouton. Trois heures
« après son application, on leva l'enveloppe animale, et l'on fit
« immédiatement sur tout le ventre du blessé une embrocation
« d'huile de camomille camphrée chaude ; des boissons mucilagi-
« neuses à la glace furent prescrites ».

Le 10. La tuméfaction et les douleurs du bas-ventre ont considérablement diminué. Mais douleur à la pression surtout à droite céphalalgie intense nécessitant la saignée de la jugulaire et l'application de glace sur la tête. Boissons glacées. Bains deux fois par jour. Dès ce jour, miction spontanée. Urine rouge, citrine et très-abondante.

Le mieux va en augmentant, le blessé entre en convalescence le 21^e jour après l'accident. Il sort de l'hôpital parfaitement guéri, à la fin du mois de juin 1829.

OBSERVATION 164 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (NOTTA, in *Union Médicale*, 1839, t. 2, p. 256.)

Homme de 48 ans, reçoit le 10 avril 1855, un violent C. P. C. dans le côté droit du ventre. Renversé par le choc. Très vive douleur dans le flanc. Ne peut se relever.

Trois heures après l'accident : décubitus dorsal, facies pâle, pouls petits : 70. Plaintes continues. Douleurs horribles dans le flanc droit (surtout à la pression) ne s'irradiant pas dans le testicule. Le reste de l'abdomen est indolent à la pression. Pas d'ecchymose. Sonorité normale à la percussion. Ventre souple, pas de tension, pas de météorisme. Pas de vomissement, pas de hoquet, pas de frissons.

Le malade a uriné à plusieurs reprises et en petite quantité à la fois du sang pur (un verre environ). Miction extrêmement douloureuse.

Traitement : saignée. Limonade sulfurique, opium (0,10 en dix pilules). Lavement froid, diète.

Le 11. Nuit calme. Pression toujours douloureuse dans le flanc. Pas de nausées. L'urine contient une forte proportion de sang sans

caillots. Miction plus fréquente qu'à l'état normal, toujours douloureuse, pas d'épanchement dans l'abdomen, pas de météorisme.

Pouls : 80, assez fort. Soif modérée. Le malade ne peut ni tousser, ni même faire une grande inspiration. Même traitement (20 sangsues sur le flanc).

Le 12 : Les sangsues ont calmé la douleur au flanc. Nuit tranquille. Soif modérée. Pas de garde-robes depuis trois jours. Pas de nausées, pas de vomissements. Urines bourbeuses encore sanguinolentes. Miction peu douloureuse. Pouls petit : 80.

Le 13 : Nouvelle application de sangsues sur la région rénale, Même état des urines. Pas de frissons, pas d'épanchement.

Le 14 : Nuit très agitée. Pouls : 86, petit, mou. Ventre légèrement distendu par les gaz. Sonore partout. Vives douleurs dans le rein, augmentées à la pression. Pas d'ecchymose.

Urine même aspect. (Pilules d'extrait thébaïque comme traitement)

Le 15 : Une troisième application de 16 sangsues ayant été faite, la nuit a été calme. Douleur moindre. Le malade réclame à manger.

Le 16 : Grande amélioration. Urine moins trouble. Bouillons.

Le 17 : Teinte rouge carmin de l'urine.

Ecchymose de 4 à 5 centim. d'étendue à 2 centim. au-dessus de l'épine iliaque A. S. Pression du flanc encore douloureuse. Pouls : 68, égal, régulier. Anorexie. Pas de nausées, pas de vomissements.

Le 19 : Urine très claire, sans dépôt. Apyrexie. Le malade va en s'améliorant progressivement et le 7 il est considéré comme guéri.

Revu en 1859, il n'a éprouvé durant ces quatre années aucun symptôme du côté des reins et de la vessie.

OBSERVATION 163 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P.*

C. — *Rupture du foie. — Ponction. — Guérison.* — (MILLAN in *the Lancet*, 1860, t. 2, p. 431).

Jeune homme de 20 ans, reçoit un C.P.C. dans l'abdomen le 2^e avril 1860. Fièvre et ictère pendant les 17 jours qui suivent l'accident. Ascite. Traitement : saignée locale. Frictions mercurielles sur la région du foie, diurétiques. Le blessé à qui on avait recommandé le changement d'air quitte l'Ecosse pour l'Angleterre.

A son retour le 2 juin : ventre très ballonné du volume d'un utérus gravide à terme. Matité. Fomentations sur l'abdomen.

Le 3. Peu de sommeil. Plaintes continues. On diagnostique une péritonite par épanchement consécutif à la rupture du foie. Foie très augmenté de volume refoulant très bas la masse intestinale. Toute la cavité abdominale est remplie par le liquide. On décide la ponction pour le jour suivant.

Le 4. Incision un pouce environ, au-dessous de l'ombilic. Introduction d'un trocart avec force canule. Évacuation de 324 onces d'un liquide grumeleux, composé de sang et de bile et d'odeur désagréable. Immobilisation de l'abdomen par un bandage. Sommeil. Alimentation au réveil.

Le 5. Amélioration. Alimentation. Mais douleurs vives de l'abdomen calmées par une mixture. Amélioration progressive jusqu'au 17 juin. Promenade à cheval dans le courant du même mois.

Le blessé revu en septembre est en pleine santé, et se livre même à de fatigants travaux.

OBSERVATION 166. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Glycosurie. — Polyurie. — Guérison.* — (CL. BERNARD. Phys. expérim. t. I, p. 346) *Gaz. hebd.* 1860, p. 66.

Homme reçoit un C. P. C. dans l'hypochondre droit. Sucre dans les urines, pendant les 13 jours qui suivirent l'accident. Les analyses furent faites par Bouchardat et le malade hospitalisé à la Charité fut suivi par Charcot pendant plus d'un mois pour une polyurie consécutive.

OBSERVATION 167 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Hématurie. — Expectation. — Guérison.* (LIARD, in. *Arch. Med. et Chir. mil.* 1867, t. 19, 3^e série).

Carabinier, très fort, reçoit dans la région lombaire gauche, au niveau des dernières côtes, un violent C. P. C. qui le jeta par terre. Relevé aussitôt, il accusa de très vives douleurs dans le siège de la contusion.

Il est conduit avec peine par ses camarades à l'infirmerie, où le médecin le trouve assis soutenant avec ses mains la partie thoracique gauche et le tronc incliné de ce côté ; la face pâle, le pouls petit, fréquent ; la peau froide ; la respiration courte, saccadée, arrêtée par la douleur. Le blessé crie au moindre contact. Il n'avait eu ni syncope, ni vomissements, ni nausées.

Transporté à l'hôpital, plus d'une heure après l'accident, ce blessé rendit des urines rouges, sanguinolentes, qui donnèrent bientôt un caillot de 100-à 125 gr. au fond du vase.

En huit jours, tout cet appareil de symptômes s'améliora, et graduellement le sang diminua dans les urines pour ne plus y reparaître après une première disparition au bout de six jours.

En 15 jours la guérison était complète.

Contusion de l'abdomen par C. P. C. Expectation. — Guérison. (MOUILLIÉ in. *Arch. Méd. mil.* t. VI, 8^e série, 1861).

G... cavalier au 9^e régiment de chasseurs à cheval, 27 ans, entre à l'hôpital civil de Niort le 22 octobre 1856, atteint de péritonite traumatique à la suite d'une contusion de l'abdomen.

Tombé avec son cheval à la manœuvre, ce dernier en se relevant appliqua vivement et à deux reprises ses deux pieds de derrière sur l'abdomen de G... Légère syncope, G... se relève péniblement et fait quelques pas dans l'intention de remonter à cheval.

Interrogé et visité à ce moment-là, G... dit n'éprouver que le sentiment d'un simple froissement dans tout le corps, principalement des parois abdominales à l'hypochondre gauche, ainsi qu'un peu de gêne dans la respiration. Sa face est très pâle, le pouls petit ; la peau, blafarde, possède la température normale, mais légèrement

couverte de sueur ; les parois de l'abdomen ne présentent aucune lésion apparente ; pas de rougeur, pas d'ecchymose, pas de douleur augmentée ou diminuée par les palpations, pas de ballonnement. Ne voulant pas écouter le médecin qui l'engage à attendre une voiture qui doit le transporter, ce cavalier traverse le terrain de manœuvre et va au devant de la voiture, soutenu, toutefois, par un de ses camarades.

Pendant son trajet à l'hôpital, le blessé se plaint de nausées, d'une douleur assez vive à l'hypocondre gauche et à la fosse iliaque droite, de coliques, de frissons et du froid surtout aux extrémités.

Dès qu'il est couché, on constate : face grippée et très pâle, yeux légèrement caves, abaissement de la température de la peau, cyanose des extrémités et des oreilles, langue chaude, sèche ; soif. Pouls petit et fréquent. Intelligence complète, douleur abdominale s'aggravant sous une très faible pression. Pas de ballonnement. Vomissement de matières alimentaires et un peu verdâtres.

On prescrit en même temps que la diète, l'immobilité la plus rigoureuse.

23 octobre : Douleur toujours vive et générale dans tout le ventre, léger ballonnement, mais son assez clair à la percussion. Quelques vomissements porracés. Soif vive, physionomie toujours grippée. Léger abaissement de la température de la peau. Pouls petit, 130. Respiration costale pénible et rapide.

24 : Peu d'amélioration.

25 : Douleur abdominale bien moindre ; pas de ballonnement. Selle liquide. Pouls un peu plus plein, 100. Facies moins pâle et moins grippé. Quelques nausées, mais plus de vomissements.

26 : Douleur, mais légère à la région ombilicale. Plus de vomissements ni de nausées. Pouls à 90, mais toujours petit. Respiration moins rapide et moins gênée, face un peu colorée, chaleur normale de la peau et des extrémités.

27 : Sommeil dans la nuit. Plus de douleur abdominale, même sous l'influence de la palpation et de la percussion. Plus de nausées. Pouls assez plein à 80. Peau colorée et de température ordinaire. Sentiment de faim.

28-29-30 : Amélioration continue. Cependant il y a faiblesse générale quelque gêne dans la respiration. G... part en convalescence, et à son retour fait un très bon service, ne ressentant aucune gêne, ni aucune douleur de l'abdomen.

OBSERVATION 169. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (MOUILLIÉ. in Arch. Med. Mil. t. VI 3^e série 1861.)

M. cavalier au 9^e dragons, 21 ans, reçoit le 18 novembre 1856 à 11 heures du matin un C. P. C. dans l'abdomen ; sous l'influence du choc, il est renversé et tombe presque en syncope ; on le relève et on le porte dans son lit ; mais comme il ne se plaint d'aucune souffrance, on ne le fait visiter qu'une heure après l'accident.

A cette visite, on constate : facies non grippé, mais grande pâleur du visage et des téguments, pouls petit et fréquent, pas de froid ni de cyanose des extrémités, si ce n'est des oreilles ; quelques nausées, pas de traces de lésions sur les parois abdominales, pas de tuméfaction du ventre ; très légère douleur au flanc droit, au point où le coup a été reçu, cette douleur n'augmentant pas sous la pression ; quelques frissons le long de la colonne vertébrale.

Transporté à l'hôpital, le malade ressent au flanc droit une douleur vive, aiguë, accompagnée bientôt de nausées, extrémités froides, coliques suivies de selles douloureuses. Anxiété vive de la face. tout mouvement est douloureux, décubitus dorsal.

19 novembre : Même état, pouls un peu plus plein mais très fréquent ; douleur s'irradiant dans tout le ventre. Vomissements.

20 : Légère amélioration, face moins pâle, moins de soif, pouls à 90^e, douleur moindre, pas de nausées.

21 : Léger sommeil, douleur moins vive mais s'éveillant sous l'influence du mouvement, facies moins anxieux, moins de soif, pouls 80^e, plus de nausées, ni de vomissements.

22 : Douleur très médiocre qui s'exaspère à peine par les mouvements que le malade fait dans son lit, et semble localisée en quelque sorte dans les parois abdominales, pouls presque normal, encore un peu petit, peu de gêne dans la respiration, plus de frisson, la selle qui a eu lieu dans la nuit a été douloureuse et un peu mêlée de stries de sang ; un léger sentiment de faim se fait sentir.

23-24 : Continuation du mieux.

25 : Convalescence confirmée.

30 : Guérison.

OBSERVATION 170. — *Contusion de l'abdomen par C.P.C — Abscès stercoral consécutif. — Guérison.* — (RENAULT. Thèse Paris, 1862.)

Le nommé T... (santé antérieure excellente), reçoit dans la soirée du 25 août 1862, deux C.P.C. dans la partie inférieure de l'abdomen. Il est renversé sur le dos par le choc.

On voit le malade six heures après l'accident. Decubitus dorsal, face congestionnée. Il se plaint de vives douleurs dans toute l'étendue du ventre; le pouls est plein et régulier, 95. La peau est chaude, le malade est très agité.

Le ventre est un peu augmenté de volume dans sa moitié inférieure; il est très douloureux, surtout à la moindre pression. Cette douleur siège principalement dans la partie inférieure et à gauche; un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, existe une légère excoriation en forme de croissant. Une semblable existe un peu plus bas et plus au milieu, sur le trajet du cordon du même côté.

On a la sensation d'un épanchement assez considérable de liquide infiltré dans l'épaisseur des parois abdominales, et peut-être même dans l'intérieur du péritoine. Comme la douleur que produit la pression est excessive, on ne cherche pas à préciser le diagnostic.

Le malade dit qu'il n'a pas uriné depuis l'accident; par le cathétérisme, on retire environ deux verres d'urine normale.

Traitement : 40 sangsues et cataplasmes sur la région.

Le 26 : Léger soulagement, douleurs moins vives à droite, mais très vives à gauche. Pouls 95, régulier. Le malade a eu du hoquet et des nausées.

Traitement : Sangsues. Onctions avec l'onguent napolitain belladonné à haute dose; deux lavements laxatifs sont rendus sans entraîner de matières.

Le 28 : Pouls, 90. Nausées, hoquet, ventre toujours douloureux, à gauche surtout. Les cataplasmes sont enlevés, leur poids gênait le malade.

Le 30 : Amélioration. Ventre moins volumineux, douleur limitée au flanc gauche. Empâtement profond de toute la région. Le long du cordon, on sent une sorte de cylindre allongé, d'un volume de trois doigts environ; ce cylindre est dur et douloureux à la pression.

5 septembre : Plus de fièvre. Ventre à peine plus volumineux qu'à l'état normal. Empâtement de la région. Douleur à la pression toujours aussi de la douleur le long du cordon.

10 : Plus de fièvre. Le malade va très bien. A peine de douleur à la pression dans le flanc gauche; à ce niveau du cordon, la tumeur qui était dure, commence à se ramollir.

15 : La tumeur du trajet du cordon est devenue fluctuante. Le liquide est très superficiel.

16 : Ouverture de l'abcès. Pus odeur infecte. Mélangé de matières fécales. Gaz fétides sortent par la fistule, ainsi qu'un ascaride le 18, donnant ainsi la preuve d'une perforation intestinale.

Depuis ce temps jusqu'au 30 septembre où on avait vu le malade pour la dernière fois, des pépins de raisin et des matières stercorales à demi-liquides sont sorties à différentes reprises.

OBSERVATION 171. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. Guérison.* — (OTIS. Guerre d'Amérique. In. Surg. Vol. t. II. p. 24.)

Homme de 30 ans, reçoit un C. P. C. dans la région de l'hypochondre droit, le 22 janvier 1862. Pas d'ecchymose, mais légère rougeur au point contus. Sensibilité extrême particulièrement à la région du foie. Syncope. Pouls plein et lent. Peau chaude et sèche. Même état pendant 2 jours. Un premier purgatif étant resté sans résultat, on en prescrit un second qui est suivi d'une selle abondante, et d'une amélioration de tous les symptômes. Guérison progressive. Le blessé qui était artilleur reprend son service au mois d'août.

OBSERVATION 172. (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. Expectation. — Guérison.* — (KLOMAN MULLER In. France Méd. 1876. p. 751.)

Le 11 novembre 1875, N. . . , reçoit dans la soirée un C. P. C. suivi de perte de connaissance dans la région de la rate. Compresse eau froide sur le point douloureux.

Le 12 : A l'hôpital ; homme d'une constitution robuste, bien musclé. Facies altéré. Peau et muqueuses exsangues. Extrémités froides. Voix faible. Langage saccadé. Respiration anxieuse.

Pas d'ecchymose au point contus, mais grande sensibilité à la pression, tandis que le reste de l'abdomen est insensible. La région, splénique est le siège de douleurs spontanées qui augmentent et deviennent excessives dans le cubitus dorsal. Le blessé se trouve mieux sur le côté droit. Bruits du cœur très faibles quoique très nets. Ventre légèrement ballonné. Matité du foie normale. Matité splénique dépassant les fausses côtes. Mais la palpation est rendue impossible par la douleur.

A gauche et sur la ligne médiane : tympanisme. Quand le malade est sur le côté droit, on constate à droite par la percussion une matité d'une étendue considérable, au delà de la limite de cette matité : tympanisme bien net. Cette matité disparaît en partie quand le malade se place sur le dos. T. : 36°8. P. : 90.

Le poulx est filiforme, facilement dépressible.

En présence des symptômes : syncope au moment du coup, refroidissement du corps, état du poulx, du cœur, température au dessous de la normale, on pense à une hémorrhagie interne causée par une rupture de la rate, et craignant la possibilité du développement d'une péritonite circonscrite, on prescrit des compresses de glace sur la région de la rate. Le soir le poulx est un peu plus fort ; T. 36° 8.

Le 13 : Un peu de sommeil. Douleur moins vive.

Le 14 : Amélioration. Les douleurs ne sont plus réveillées que par une forte pression. La matité a diminué. T. 37° 3. P. 76.

Le 15 : Mieux très sensible. La région plénique est à peine sensible.

Le 18 : Le malade commence à marcher et quoique un peu faible quitte l'hôpital le 20.

OBSERVATION 173. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Péritonite. — Passage à l'état chronique, avec hydropisie enkystée intra-péritonéale consécutive. — 31 ponctions sans résultat. — Drainage du kyste. — Injections irritantes et antiseptiques. — Amélioration progressive et continue.* — (VILLEMIN, th. Paris, 1877).

Très longue observation où le blessé est suivi presque jour par jour, depuis le 27 février 1876 (date de l'accident) jusqu'au 8 avril 1877.

OBSERVATION 174 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C. P. Mulet. — Guérison.* — (Due à l'obligeance de M. le médecin major RIFF).

M..., soldat au 12^e escadron du train, reçoit le 17 février 1878 à 9 heures du soir un C. P. de Mulet. Etat grave, transporté d'urgence à l'hôpital du Dey (Alger). Pendant les 9 jours suivants, fièvre légère (au maximum le soir 39° 6 avec rémission variant de 2 dixièmes de degrés à 1 degré 2 dixièmes). Température normale le 17^e jour. Le pouls oscille à partir du 13^e jour entre 76 et 70. Traitement médical.

OBSERVATION 175 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (LÉCOMTE, th. Paris 1879).

Homme de 21 ans, reçoit le 29 juillet 1877 un C. P. C. dans l'hypochondre droit. Douleur vive et perte de connaissance. A 14 heures du matin (trois heures après l'accident) douleur très vive au niveau du foie. Ballonnement du ventre. Vomissements jaunâtres, alimentaires et bilieux. Traits profondément altérés. Yeux excavés, nez froid, soif vive. Respiration fréquente, anxieuse. Pouls petit, fréquent. T. 37° 4 (m.) ; 37° 8 (s.) Traitement : Vésicatoire au point contus. Glace à l'intérieur, café.

Le 30 : Douleur moindre. Respiration encore difficile. Insomnie. Plus de vomissements. T. 37° 9 (m.) ; 38° 5 (s.) Agitation extrême dans la soirée et la nuit.

Le 31 : Ventre tendu, extrêmement ballonné; très douloureux. Application d'un nouveau vésicatoire sur l'autre moitié de l'abdomen, glace. Injection de morphine.

Le soir, hoquet qui dure jusqu'au matin. Vomissements alimentaires.

Le 1^{er} août : Ventre dur, ballonné. Douleurs moindres. Pouls petit, fréquent. T. 38° (m.) ; 38° 2 (s.) Nuit très agitée.

Le 2 : Le ballonnement a augmenté. T. 37° 8 (m.) ; 38° 2 (s.). Mauvaise nuit. Vomissements bilieux répétés.

Le 3 : Refroidissement des extrémités. Pouls petit, dépressible ;

traits altérés, grand vésicatoire sur la moitié droite de l'abdomen. T. 38° 1 (m.) ; 38° 2 (s.)

Le 4. Le malade a un peu dormi, est allé trois fois à la selle sclérotiques légèrement ictériques, ventre moins ballonné, pouls encore fréquent mais plus fort. Face animée. Plus de hoquets, ni de vomissements. T. 38° (m.) , 38° 6 (s.)

Le 5. Grande amélioration. Ventre peu ballonné, encore douloureux. Pouls plein et régulier, quoique fréquent. A la partie supérieure et interne du membre inférieur droit, du périnée, du scrotum existe une large ecchymose.

Le 6. Appétit impérieux. Etat général bon. Amélioration progressive, le blessé part en convalescence le 16 août.

L'auteur attribue la guérison du malade à l'application répétée des vésicatoires qu'il conseille comme traitement dans ces contusions de l'abdomen.

OBSERVATION 176. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. — Expectation. — Guérison.* — (BECK. D. Z. F. Chir. 1879. t. 11. p. 213).

Dragon reçoit le 1^{er} août 1878 un C. P. C. sur le côté droit de l'abdomen. Renversé par le choc. Se relève immédiatement et va dans sa chambre; selle spontanée. Miction spontanément également mais douloureuse. Urine claire. Vomissements. Grande douleur du bas-ventre sans matité, excepté au-dessus de la vessie. Pouls ni petit ni fréquent. Appétit mauvais. Pâleur du visage mais pas de colapsus. T. 38° 2. Pas d'ecchymose. Traitement médical.

Le 2 : Léger sommeil. Vomissements au matin. Douleurs intestinales à la pression et au mouvement. A droite au-dessous du nombril, matité légère. Augmentation de la résistance. Mauvais appétit. Constipation. Fièvre de moyenne intensité. Pouls petit et un peu plus fréquent. T. 38° 6.

Le 3 : Même état. Pas de vomissements. T. 38.

Le 4 : Mauvais état. Douleurs plus vives. Vomissements après avoir mangé. Pas d'appétit. Langue chargée. Soif. Matité non augmentée. T. 38° 6.

Le 5 : Meilleure nuit. Pas de vomissements dans la nuit. Moindre douleur. Le pouls se relève. T. 38° 4.

Le 6 : Amélioration. Diminution de la matité au niveau du nom-

bril. Pouls meilleur. Plus de vomissements. Retour de l'appétit. Toujours constipation. (On donne un lavement).

Le 7 : 2 selles consécutives au lavement. Appétit moindre. Douleur. Légère matité. Anxiété du visage. Le blessé est déprimé. Yeux cernés, T. 38°6. 2 selles spontanées dans la journée.

Le 8 : A gauche : Augmentation de la matité, et de la résistance. Diminution à droite.

Le 10 : Plus de douleurs spontanées. Moindres à la pression. Meilleur appétit. Plus de constipation. T. 38°2.

Le 12 : Amélioration. Plus d'opium.

Le 16 : Élévation de température, mais état général en progrès sensible.

Le 20 : La matité et la résistance persistent ainsi que la douleur à pression. Toutefois toute inquiétude a disparu.

Le 11 septembre : La douleur et la matité étant insignifiante, ce malade se lève.

A la fin du mois, il sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION 177 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen* par C.P.C.
Expectation. — Guérison. — (BECK, loc. cit. 1881 p. 24).

Homme. Reçoit dans la nuit du 2 décembre 1880, un C. P. C. sur le côté gauche du ventre. Renversé par le choc, sans perte de connaissance. Il se traîne sur un banc de l'écurie, et reste pendant la nuit sans demander secours.

Au matin : vomissements. Vives douleurs. Evacuation abondante de matières fécales.

Transporté à l'hôpital avant-midi. Augmentation des douleurs. Facies décomposé. Extrémités froides. T 36° 3 ; P 72 moyennement tendu. Pas d'ecchymose. Douleurs vives surtout à gauche de l'abdomen, mais pas de douleur à droite à la pression. Tympanisme. Urine normale.

Traitement : Vessie de glace, etc.

Dans la journée : Indifférence. T 36° 6 ; Pouls lent, sans arythmie 52. Pas de vomissements. Le patient se couche sur le côté gauche, se trouvant mieux ainsi. Tympanisme. Légère sensibilité à la pression.

Le 3 : Bonne nuit. Nombreux gaz. Pas de renvois après avoir

mangé. Pas de vomissements, Pas de sensibilité abdominale. T 36° 2 ; P 56. Même traitement (opium, etc.).

Le 4 et le 5. Nombreux gaz. Selles abondantes. Plus de tympanisme. Guérison le 14 décembre. *Le shock, dit Beck avait été de moyenne intensité, mais l'abaissement du pouls (52) est à remarquer. Malgré la tension abdominale, on avait eu dès le début bon espoir.*

OBSERVATION 178 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C.*
— *Expectation.* — *Guérison.* — (BECK, loc. cit. 1881, p. 23).

Dragon reçoit un C.P.C. dans l'abdomen, le 23 mars 1881. A son entrée à l'hôpital : pâleur du visage ; pouls très petit et rapide ; respiration courte et accélérée : 80, anxiété.

Après une perte de connaissance qui dura 2 heures, la respiration redevint calme. Elévation du pouls, disparition des symptômes de shock au bout de 24 heures.

Sensibilité à la pression sur le côté gauche de l'abdomen. Vomissements. Pas de fièvre. Miction spontanée. Une déchirure de l'intestin est peu probable. T. 37°5 ; P. 27 (?) ; R. 20.

Les jours suivants : pas de fièvre ; diminution des douleurs. Sommeil normal. Miction et selles spontanées.

Le 4 avril : disparition des douleurs, selles spontanées, depuis deux jours alimentation. Température normale. Pouls lent et fort (60). Convalescence et guérison sans incidents.

OBSERVATION 179 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.* — *Expectation.* — *Guérison.* — (BECK. in. Deut. z. für. Chir. 1881. t. 15. p. 22).

Dragon reçoit le 11 avril 1880, plusieurs C. P. C. sur le côté gauche de l'abdomen. Perte de connaissance durant une heure. Transporté à l'hôpital. Pouls normal. Spontanément et à la pression vives douleurs du côté gauche de l'hypochondre et du côté gauche de l'abdomen. Pas d'ecchymose.

Traitement : Opium, glace, repos, alimentation liquide.

Amélioration progressive. Guérison complète en 9 jours.

OBSERVATION 180 (Résumée). — *Contusion de l'abdomen par C. P. C.*
— *Expectation.* — *Guérison.* — (BECK, *loc. cit.* 1881. p. 23).

Canonier reçoit le 6 juillet 1880, un C. P. C. dans la région épigastrique. Après un shock considérable, il est transporté à l'hôpital. Vive douleur spontanée et à la pression. Pas d'ecchymose. La sensibilité de l'abdomen à la pression disparût le lendemain, mais les symptômes de shock se prolongèrent durant cinq jours. Pouls de 40 à 48. La guérison survint sans incidents.

La faiblesse du pouls, dit Beck, ne peut pas être attribuée seulement à la paralysie réflexe des nerfs vaso-moteur, mais à une commotion de la moëlle.

OBSERVATION 181. — *Contusion de l'abdomen par C. P. C. Péritonite.* *Guérison.* — (BECK, *loc. cit.* 1881. p. 25).

Dragon reçoit un C. P. C. (le 4 octobre 1880 avant midi) dans l'abdomen. Tombe, renversé par le choc. Perte de connaissance. Aurait vomi, dit-il. Malgré de vives douleurs, ne se fait pas porter malade et va simplement se coucher.

Vu seulement le 5 : Le coup a porté sur le côté droit du bas-ventre. Ballonnement. Matité jusqu'au nombril, facies pâle. Langue recouverte d'un enduit. Pouls tendu, fort : 88. T. 38°3. Pas de vomissements. Miction spontanée. Traitement : repos, glace, etc. A midi, amélioration. T : 39°6. P. plein, 88. Le blessé a des vents.

Le 6. T. 37°4. P. 88. Pendant une grande partie de la nuit, repos et sommeil. Douleurs moindres. Tympanisme partout à la percussion. Le soir : T. 39°2 ; P : 96. Vives douleurs de l'abdomen, surtout au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure ; en ce point matité relative. Les douleurs s'exaspèrent par la toux. Pas de maux de tête, mais tête chaude. Pas d'appétit. Miction spontanée. Pas de gaz ni de selles. Même traitement (Morphine en plus).

Le 7 : T. 37°8 ; P. 96. Le patient n'a dormi qu'une heure, agité par la toux le reste du temps. Au point maximum des douleurs. (E. I. A. S.) application de sangsues. Le soir. T. 39°1. P. 96. Douleurs moindres. Constipation. Urine rougeâtre.

Le 8 : T. 37°8. P. 88. Assez bonne nuit. Mais les douleurs ont la

même intensité. Urine plus claire. Tympanisme partout, mais son plus clair au niveau de E. I. A. S.

Le soir : T. 38° 6. P. 96. Le bouillon a été gardé sans difficulté, mais persistance des maux de tête. Opium supprimé.

Le 9 : T. 38° 2. P. 80. Bon sommeil. Urine claire. Gaz. Même traitement. Bouillon comme alimentation. Le soir. T. 38° 4. P. 88.

Le 10 : T 37° 5. P. 76. Bon sommeil. Douleurs abdominales moindres. Pas de selle. Toujours ballonnement, mais ventre moins tendu. Matité légère dans la région cœcale, partout ailleurs ton clair.

Le 11 : T. 37° 1. P. 80. Bon sommeil A 2 heures de l'après-midi, première selle sans difficulté (la constipation avait donc été de sept jours). Les premières matières sont dures et fermes, les autres liquides.

Le 12 : Plus de fièvre. Amélioration. 2 selles liquides dans la nuit. Appétit. (on permet le vin).

Dans la nuit du 12 au 13, 4 selles liquides qui ont empêché le malade de dormir.

Le 14 : Plus de douleurs. Guérison.

Le 26 : Les douleurs apparaissent quand le blessé tousse. On constate, au point contus, une petite résistance. Son clair à la percussion de l'abdomen.

Le mois suivant : Amélioration, mais pâleur et anémie. La guérison est complète en 8 semaines.

Dans ce cas, dit Beck, il est bien de dire s'il y a eu seulement contusion de la région cœcale, ou s'il s'est produit une petite déchirure, cause de la péritonite. Les douleurs constatées au-dessus de l'E. I. A. S. sans préjudice de la sensibilité du bas-ventre, le tympanisme, l'état fébrile, la température élevée, le pouls fréquent, la douleur de l'intestin par le passage des gaz, les selles tardives et fluides, comme elles sont observées dans les inflammations de la cavité péritonéale : tous ces faits parlent assez en faveur d'une péritonite par rupture. S'il est impossible de l'affirmer, on ne saurait le nier.

OBSERVATIONS 182, 183, 184 185, 186, 187, 188.

Nous extrayons de la lettre de M. le docteur Boppe, médecin principal de l'armée, le passage suivant : « en plus des deux observations de blessés qui ont succombé après laparotomie, je pose « sède sept autres observations de contusions de l'abdomen, par

« C.P.C., avec guérison sans intervention. Le traitement a tous jours consisté en extrait d'opium à haute dose, glace sur le ventre et diète absolue. Chez ces blessés, la température n'a jamais dépassé 38°2, et j'étais décidé à opérer aussitôt qu'elle atteindrait 38°5. Si j'avais de nouveau à pratiquer cette opération, j'ouvrirai le ventre suivant la ligne blanche, car les incisions latérales ne donnent pas assez de jour. »

Nous extrayons de la lettre M. le docteur *Rouffay*, médecin principal de l'armée le passage suivant : « depuis 10 ans de 1886 à 1896, j'ai eu à traiter à l'hôpital de Fontainebleau vingt cas de coups de pied de cheval dans l'abdomen. Sur ces 20 cas, j'ai eu deux cas mortels (voir observations 45 et 104), six cas très graves, douze cas de gravité moyenne ou légère. »

La laparotomie n'a jamais été pratiquée. Les six cas très graves ont présenté des symptômes de péritonite et trois d'entre eux ont eu des épanchements sanguins assez considérables dans la fosse iliaque. La gravité des cas a été caractérisée dans les symptômes péritonéaux par une fièvre assez vive succédant à l'hypothermie du début, par des vomissements porracés, le facies péritonéal. Deux de ces six malades ne pouvaient reprendre leur service militaire que quatre mois après l'accident. Ils avaient eu un épanchement sanguin abdominal assez important. Deux autres malades avaient eu une contusion du rein assez violente, et avait uriné beaucoup de sang après la contusion, et ces deux cas peuvent être ajoutés à l'actif de ceux qui préconisent le non intervention dans les contusions graves du rein.

En ajoutant ces 18 observations, nous arrivons donc au chiffre 206.

STATISTIQUE DE M. LE D^r LABREVOIT

ANNÉES	NOMBRE DE CAS	COMPLICATIONS SURVENUES
1891	6	Large perforation intestinale primitive. Décès. Obs. 57.
1892	9	Kyste du foie. Ponction du Kyste un mois après l'accident. Guérison.
1893	7	
1894	12	1 Déchirure du rein. Obs. 207. Guérison.
1895	10	1 Péritonite suraiguë. Obs. 208. Guérison.
1896	3	— — —

Sur les conseils de M. le professeur Delorme, nous nous sommes adressé également à M. le médecin principal Labrevoit, médecin chef de l'hôpital militaire de Lunéville qui est un centre important de cavalerie. Depuis près de six ans, M. le docteur Labrevoit a pu réunir 47 cas dont 46 guérisons :

« Dans aucun cas, nous écrit ce chirurgien, il n'y a eu d'intervention chirurgicale, et le traitement uniformément suivi a été le suivant : Immobilisation absolue dans le décubitus dorsal, application permanente d'une vessie de glace loco dolenti ; diète absolue pendant au moins les cinq premiers jours (glace à sucer pour tromper la soif) opium à haute dose, (0,15 cent. par jour d'extrait, les premiers jours) et parfois injections hypodermiques de morphine. »

Voir d'ailleurs plus haut la statistique intégrale que ce chirurgien a bien voulu nous envoyer.

OBSERVATION 207 (Inédite). — *Contusion de l'abdomen par C.P.C.*
— *Expectation.* — *Guérison.* — *Déchirure du rein.* (M. LABREVOIT).

L..., 14^e cuirassiers, entré à l'hôpital le 23 septembre 1894, à la suite d'un C.P.C. reçu dans le flanc droit. Le blessé, entré avec

tous les symptômes du choc traumatique, a présenté une hématurie abondante le premier jour ; cette hématurie a décliné insensiblement les jours suivants, pour cesser totalement à la fin du quatrième jour.

OBSERVATION 208 (Inédite).— *Contusion de l'abdomen par C.P.C.— Expectation.— Guérison.— Péritonite aiguë.*— (M. LABREVOIT).

P... 8 Dragons, entre à l'hôpital le 22 août 1895, le malade a été envoyé à l'hôpital le lendemain de l'accident (C.P.C. dans l'abdomen) et en pleine période de péritonite aiguë contre-indiquant une intervention. Ballonnement abdominal considérable, douleur vive généralisée, vomissements bilieux, état fébrile, pouls dépressible ; la situation s'est maintenue sensiblement la même pendant quatre jours, plutôt avec aggravation et tendance au collapsus, puis à partir de la soirée du quatrième jour une détente favorable est survenue, les vomissements ont cessé, le ballonnement et les douleurs ont cédé et la guérison a été rapide. Le traitement appliqué a été celui que nous instituons toujours en pareil cas : immobilisation complète, diète absolue d'aliments et de boissons, opium et injections de morphine, vessie de glace en permanence sur l'abdomen.

En ajoutant les 44 observations restantes, notre total se trouve porté à 252.

Voici, d'autre part, un extrait de la lettre si intéressante que M. le médecin principal Jeanmaire, médecin chef de l'hôpital militaire de Belfort a bien voulu nous faire parvenir :

« En 44 ans de 1881 à 1895, à l'hôpital militaire de Rennes où jamais la laparatomie pour contusion de l'abdomen ne fut pratiquée il y a eu un seul décès par le C. P.C. » (obs. 105)

Or, dans les 5 ou 6 dernières années de 1890 à septembre 1895 il y a eu 17 entrées à l'hôpital pour cet accident, et 17 guérisons. Soit ajouté à ce qui précède 269 observations.

« De plus, nous dit M. le docteur Jeanmaire, à l'hôpital militaire de Belfort de 1887 au 15 novembre 1896 (soit en 10 ans environ), il n'y a eu aucun décès par C.P.C. et il n'a été pratiqué aucune laparotomie par accident de ce genre.

Or, dans le même hôpital de 1890 à novembre 1896 (soit en 7 ans environ) on ne trouve que 14 malades entrés pour contusion de l'abdomen par le C.P.C. Ce chiffre est encore inférieur à la réalité ;

les cas bénins n'ayant été l'objet d'aucune observation. Ces 14 nouveaux cas ajoutés aux précédents nous donnent le chiffre de 283 observations.

Enfin au moment d'arrêter notre statistique, nous recevons de M. le médecin principale *Poignan*, médecin chef de l'école d'application de Fontainebleau, une lettre relatant 6 cas de contusion par C. P. C. qui se sont toutes terminées par la guérison. {Traitement : diète absolue (3 et 4 jours) glace, collodion sur l'abdomen.

Total : 289 observations. (1)

(1) Durant la correction de nos *épreuves*, les Arch. de Méd. et de Ph. mil. p. 411 (décembre 1896) publiaient un nouveau cas de contusion de l'abdomen par C.P.C. suivi de guérison par l'expectation. après symptômes graves (hématurie, péritonite, etc.).

STATISTIQUE GÉNÉRALE.

NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS = 289.

LAPAROTOMIE. — TOTAL DES CAS = 35.

25 morts (soit 71,4 pour 100).

10 guérisons (soit 28,6 pour 100).

EXPECTATION. — TOTAL DES CAS = 254.

76 morts (soit 29,9 pour 100).

178 guérisons (soit 70,1 pour 100).

STATISTIQUES INTÉGRALES.

1. STATISTIQUE DE M. LE PROFESSEUR DELORME.

Total des cas (C. P. C.) = 20

17 Expectations = 17 guérisons

3 Laparotomies = 3 morts.

Et, en ajoutant les observations inédites de causes variées :

Total des cas = 40

37 Expectations = 37 guérisons.

3 Laparotomies = 3 morts.

2. STATISTIQUE DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLAILLON.

Contusions de l'abdomen de causes variées :

Total des cas = 56.

53 Expectations = 53 guérisons

2 Expectations = 2 morts.

1 Intervention = 1 mort.

3^e STATISTIQUE DE M. LE MÉDECIN PRINCIPAL LABREVOIT.

Total des cas (C. P. C.) = 47.

46 Expectations = 46 guérisons.

1 Expectation = 1 mort.

4^e STATISTIQUE DE M. LE MÉDECIN PRINCIPAL ROUFLAY.

Total des cas (C. P. C.) = 20.

18 Expectations = 18 guérisons.

2 Expectations = 2 morts.

(1) In statist. et obs. de chir. Hosp. Paris, 1896.

CONCLUSIONS.

De tout ce qui précède, nous tirerons les conditions suivantes :

I. Dans les contusions de l'abdomen, par coup de pied de cheval, il n'existe pas de symptôme pathognomonique de la perforation intestinale, c'est-à-dire de la lésion qui intéresse surtout le chirurgien. La violence du traumatisme, l'intensité du shock péritonéal, la douleur au point contus, les vomissements, la petitesse et la fréquence du pouls, l'élévation ou l'abaissement de la température, la dissociation du pouls et de la température, la rétraction ou le ballonnement du ventre, le faciès péritonéal sont des signes qui, pris isolément, n'ont au début, qu'une valeur très relative. Groupés, ils prennent au contraire une importance considérable pour assurer le diagnostic.

II. Quelques signes, comme l'hyperesthésie de la paroi, la sensibilité au toucher rectal, nous paraissent devoir fournir des indications précieuses, qu'il y aura lieu de rechercher dorénavant.

III. Il nous paraît abusif de recourir à la lapatoromie large ou à la laparotomie sous forme de boutonnière, et *cela d'emblée*, dès les premières heures, en s'appuyant seulement sur l'un des signes précédents, l'*intensité du choc*, par exemple. Ces opérations ne nous semblent admissibles que dans les cas où un ensemble de signes rationnels sont relevés par le chirurgien, et d'ailleurs, cet ensemble manque moins souvent qu'on ne serait tenté de l'admettre.

IV. En voulant assimiler, comme on le fait trop souvent, les contusions de l'abdomen aux plaies pénétrantes, on est incité à pratiquer la laparotomie d'une façon excessive. De plus, la division des contusions abdominales en contusions de *grande gravité*, de *gravité moyenne* et de *gravité légère*, commode au point de vue didactique, n'a aucune valeur pratique, puisque dès les premières heures, c'est-à-dire dans la période où la laparotomie a le plus de chances de réussir, il est impossible, de déterminer avec rigueur à quel degré on a affaire.

V. Les partisans déclarés de la laparotomie semblent avoir exagéré la rareté des guérisons des contusions abdominales en général. Des *statistiques complètes* d'un même chirurgien, les seules qui puissent décider de la question, démontrent, en effet, que l'expectation et un traitement médical rationnel donnent plus de guérisons qu'on ne l'admet généralement, même dans les cas graves qui sembleraient réclamer la laparotomie.

VI. Le traitement médical toujours indispensable à instituer, même dans les cas justifiables de la lapatoromie, et avant qu'on ne pratique l'opération, consiste dans la compression méthodique du ventre, le repos absolu, la

diète de boissons et d'aliments, l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen, et l'usage des opiacés en pilules ou en injections.

Vu : le doyen,

BROUARDEL

Vu par le président de la thèse,

TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADAM ET FÉVRIER. — *Arch. pronir. de chir.*, 1895, de la laparotomie précoce dans les contusions de l'intestin.
- ADLER. — Laparotomie d'urgence dans les traumatismes abdominaux. Th. Paris, 1892.
- ANTOINE. — *Arch. méd. mil.*, 2^e s. t. 49, p. 174.
- ARAN. — Essai sur l'Hématurie, th. Paris, 1811, n^o 76.
- AUGARDE. — Blessures de l'abdomen sans lésion apparente des parois. Th. Lyon 1895.
- AURÉGAN. — Traumatismes du foie et des voies biliaires. Th. Paris, 1876.
- BARTELS. — Die Traumen der Harneblase *Arch. f. Klin. Chir.* t. 22, p. 519.
- BALLADUR. — De l'intervention chir. dans les lésions de l'intestin par contusion de l'abdomen. Th. Paris, 1895.
- BAUDENS. — *Gaz. des Hôpit.*, 1844, p. 137.
- BECK. — *Deutsche Zeit. f. Chir.*, 1879, 1881, 1884.
- BÉDIÉ. — *Arch. méd. mil.*, 1861.
- BIGNE VILLENEUVE (de la). — Des déchirures du foie et de la vésicule biliaire. Th. Paris 1869.
- BILLET. — *Arch. méd. mil.*, 1896.
- BLOCH. — De la contusion du rein. Th. Paris, 1873.
- BLUM. — *Arch. gén. de med.* t. 22, 1888.
- BOIFFIN. — Septicémie intestino-périt. Congr. fr. chir., 1893, p. 323.
- BOUILLY. — *Bull. soc. chir.*, 1883, p. 703, Congrès fr. de chir., 1885, p. 274.
- BRANDSTETTER. — Ruptures de la rate. Th. Paris, 1893.

- BRAULT. — Principales causes de la rétention d'urine. Th. Paris, 1863.
- CEROV. — Oligurie et anurie traum. Th. Paris, 1877.
- CHAPUT. — *Bull. soc. anat.*, 1884, p. 184. *Bull. soc. chir.* 1895. p. 130.
- CHAUVEL. — *Bull. soc. chir.*, 1885.
- CHAUVEAU. — Des lésions traum. du tube dig. sans solution de continuité des parois abdom. Th. Paris, 1869.
- CHAVASSE. — *Arch. méd. et Ph. mil.*, 1884, t. 4, p. 15, 54, 95, Congrès fr. de chir. 1885, p. 255.
- CLAUDOT. — *Arch. méd. et Ph. mil.* 1889.
- COILLOT. — Lésions de l'intestin et de l'estomac consécutives aux lésions abdominales. Th. Paris 1885.
- CROFT. — *Lancet*, 17 janv. 1891, p. 142.
- CRUVEILHIER. — *Bull. soc. an.* 1860, p. 34.
- DARDE. — *Arch. méd. mil.*, 1895.
- DARTIGUÉS. — Rétention pass. de l'urine. Th. Paris, 1873.
- DELORME. — Traité de chirurgie de guerre. T. II, *Bull. soc. chir.*, 1895, p. 227, 261. *Bulletin méd.*, 1896.
- DESMONS. — Congr. fr. de chir. 1885. p. 272.
- — — 1896. (Séance du 21 oct.).
- DRUILLET. — Rupt. traum. de l'intestin sans solut. de continuité des parois abd. Th. Paris 1882.
- DUMEZ. — Rupt. intestin grêle par traum. sans lésion des parois abd. Th. Paris, 1882.
- DUPUYTREN. — Leçons orales, 1831, t. VI.
- ENGEL. — De la syncope d'origine traum. Th. Paris, 1877.
- FAUROT. — Rupt. traum. de l'intest. ss. lésion des parois abdom. Th. Paris, 1877.
- FAVIER. — *Arch. méd. mil.*, 1889.
- FESQ. — Rupt. traum. des gros vaiss. intra-abd. ss. lésion de la paroi et des viscères. Th. Paris 1878.
- FÉVRIER. — *Revue méd. de l'Est*, 1894, p. 242.

- FOLLIN et DUPLAY. — Path. externe. T. v. p. 677.
- FRILET. — *Arch. méd. et Ph. mil.*, juillet 1896.
- GACHON. — De l'interv. chir. dans les contusions de l'abdomen. Th. Paris, 1895.
- GENDRON. — *Bull. soc. anat.* 1882, p. 141.
- GROSS. — *Revue médicale de l'Est*, 1894.
- GUBLER. — *Journal de thérap.* 1876-1877, (Péritonisme).
- GUINARD. — Congr. fr. de chir. 1896 (octobre).
- HOUEL. — Plaies et ruptures de la vessie. Th. agrég. 1857.
- INSCHAUSPÉ. — Etude clin. sur la contus. abd. Th. Paris, 1877.
- JOBERT DE LAMBALLE. — Traité des mal. chir. du canal intestinal, Paris, 1829. T. I, p. 55.
- JALAGUIER. — In traité Duplay et Reclus. T. VI.
- LANCEREAUX. — De la polyurie. Th. agrég. 1869.
- LARREY. — *Cliniq. chir.*, 1829.
- LAURENS (St.). — Perforations traum. de l'est. et de l'intestin. Th. Paris 1888.
- LECOMTE. — Traitement des contus. de l'abd. par les vésicatoires. Th. Paris, 1879.
- LEJARS. — *Presse médicale*, 1^{er} janvier, 1896.
- LENTZ. — *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1881, n° 6.
- LONGUET. — *Bull. Soc. an.* 17 décemb. 1875, p. 799.
- MAC-CORMAC. — *Soc. méd. Lond.* 2 mai 1887.
- MALTRAIT. — Traumatismes de la vessie. Th. Lyon, 1881.
- MARGANTIN. — *Arch. méd. et Ph. mil.*, mars 1895.
- MESSERER. — do —
- MERKLEN. — Thèse Paris. Anurie.
- MICHAUX. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1887, p. 804. *Bull. Soc. de chir.*, 1895, p. 200. Congr. fr. de chir., 1896 (21 oct.)
- MINOVICI. — Mort subite à la suite de coups sur l'abdomen et le larynx, Th. Paris, 1888.
- MITCHELL. — *Boston med. and. S. journal*, 1888.
- MORGAGNI. — De sed. et caus. morb. 54^e lettre.

- MONNIER. — Lésions de l'intestin à la suite de contus. abdom. Th. Paris 1877.
- MOTTY. — *Revue de chir.* nov. 1890, p. 878; *Arch. méd. et Ph. mil.* fév. 1891.
- MOUILLIÉ. — *Arch. méd. et chir. milit.* 1861.
- MUGNIER. — Lésions tardives intestins, consécutives aux traum. abd. sans trace app. de contusion sur les parois abd. Th. Paris, 1883.
- NIMIER. — *Arch. méd. et Ph. mil.* 1893.
- OTIS — *Med. and Surg. History of the war. of Rebellion*, t. IV.
- PARSAVANT. — Contusions de l'abd. ss. plaie. Th. Paris, 1877.
- PÉNASSE. — Contusions de l'abdomen. Th. Paris, 1831.
- PERCHERON. — Etude Cliniq. et médico-légale des contusions et rupt. du foie. Th. 1888.
- PERCY. — Dict. en 60, Art. Crevasse.
- POLAND. — *Cont. of the abd. Guy's Hosp. Reports*, 1858, p. 123, 168.
- RAVEL. -- Lésions traum. des reins. Th. Paris, 1870.
- REBOUL. — *Marseille médical*, 1891.
- REFROIGNEY. — Th. Paris 1873. Perf. intestinales.
- RECLUS. — *Revue de chirurgie*, 1890, Congr. fr. de chir. 1896, (oct.)
- RENAULT. — Perf. intest. Th. Paris, 1862.
- ROBSON. — Clin. soc. traum., 1888.
- ROUSTAN — Lésions traum. du foie. Th. Concours, 1875.
- SCHWARTZ. — *Revue générale, de clinique et de thérapeut.*, 1887.
- SIEUR. — *Arch. génér. de méd.* 1893, (t. 31 et 32).
- TERRIER. — *Revue de chirurgie*, nov. 1896; traumatismes, foie et vesi. biliaire.
- TILLAUX. — *Gaz. des Hôpit.*, 1886, p. 1115. Traité de chir., Clin. t. II.
- TRÉSOIRET — Perf. intest. Th. Paris, 1880.

- TRUC. — Thèse agr. 1886, trait. chir. de la péritonite.
WASSILIEFF. — *Revue de chirurgie*, 1891.
VAUTRIN. — *Rev. méd. de l'Est*, 1894.
VELPEAU. — De la contusion. Th. Agrég. 1833.
VERET. — Troubles sécrétion urinaire dans la contus. abd. Th.
Paris, 1892.
VILLEMIN. — Péritonite traumatique. Th. Paris, 1877.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
Chapitre I. — Historique.....	12
— II. — Etiologie.....	23
— III. — Mécanisme et anatomie pathologique.....	26
— IV. — Symptomatologie.....	37
— V. — Diagnostic.....	47
— VI. — Traitement.....	53
Observations.....	63
Conclusions.....	209
Index bibliographique.....	213

